

学位論文

認知行動療法的アプローチによる服薬支援のための  
薬局薬剤師対象の研修プログラムの構築

日本大学大学院 薬学研究科

薬事管理学研究室

田沼 和紀

## 目次

緒言.....	1
第Ⅰ章：認知行動療法的アプローチを用いた薬局薬剤師対象の服薬支援研修プログラムの構築.....	6
1. 序論.....	6
2. 方法.....	6
2-1. 研修プログラムの作成.....	6
2-2. 認知再構成法の概略.....	9
3. 結果.....	9
3-1. 研修プログラムの構築.....	9
4. 考察.....	10
第Ⅱ章：Study1（認知行動療法的アプローチを用いた研修プログラムの開発と検証） .....	12
1. 序論.....	12
2. 方法.....	12
2-1. 検証方法.....	12
2-2. 評価項目及び分析方法.....	14
3. 結果.....	21
3-1. 対象者の属性.....	21
3-2. 研修内容の評価.....	21
3-3. 研修の習熟度.....	22
3-4. 薬剤師の症例毎の CBT-A の実践意識及び実践度.....	23
3-5. 服薬指導に対する患者の満足度.....	24

3-6. 患者と薬剤師の服薬支援同盟度及び心の乖離度.....	24
3-7. RIAS による発話の定量的解析 .....	27
4. 考察.....	29
第Ⅲ章：Study2（再構築した認知行動療法的アプローチを用いた研修プログラムの調剤時の情報収集・服薬指導場面における検証） .....	36
1. 序論.....	36
2. 方法.....	37
2-1. 研修プログラムの再構築.....	37
2-2. 検証方法.....	37
2-3. 評価項目及び分析方法 .....	41
3. 結果.....	43
3-1. 受講者の属性.....	43
3-2. 研修プログラムの評価 .....	44
3-3. 服薬支援時間の評価.....	45
3-4. 服薬支援満足度の評価 .....	45
3-5. 服薬支援同盟度及び心の乖離度.....	47
3-6. RIAS による発話の定量的解析 .....	48
4. 考察.....	51
総括.....	55
略号一覧 .....	56
引用文献 .....	57
謝辞.....	67

## 緒言

薬局薬剤師の業務は、処方箋応需による調剤や OTC 医薬品、サプリメントの相談・販売だけではなく、地域住民への健康支援を目的とした疾患予防、健康増進、介護の相談・対応、在宅医療など多岐にわたっている。

2013 年に発行された「薬剤師の将来ビジョン」では、「患者にとって薬局はどのようなところですか?」という患者に対する質問に、回答の多い順に「調剤してもらおうところ」、「薬について相談できるところ」、「健康や病気について相談できるところ」、「OTC 薬などを購入するところ」、「それ以外にも気軽に相談できるところ」とされており、薬局が薬の購入する場所、薬剤の交付を受ける場所としてだけではなく、身近な相談をする場所であるとされている。また、「いつも同じ薬局を利用する理由」に対する回答では、「信頼できる薬剤師がいる」、「気軽に相談質問できる」が 1, 2 位となっており、薬局の選択理由の一つに気軽に相談や質問できる信頼できる薬剤師の存在が挙げられている。一方、薬剤師に対する「今後伸ばしていきたい能力は何ですか?」の問いに対し、薬剤師は、「処方提案力」に次いで「カウンセリング力」を挙げており、専門知識だけではなく患者とのコミュニケーションに対する能力も重視されている<sup>1)</sup>。薬局だけではなく、2015 年に発行された「セルフメディケーション推進に向けたドラッグストアのあり方に関する研究会の報告書」では、ドラッグストアを町の健康ステーションと位置づけ、国民の健康相談の窓口として活用するということが記載<sup>2)</sup>されている。

また、同年に策定された「患者のための薬局ビジョン」では、ビジョン全体を貫く基本的な考え方の一つに「対物業務から対人業務へ」が明記され、患者に選択してもらえる薬剤師・薬局となるために薬剤師として重要なことは、専門性だけではなくコミュニケーション能力の向上を通じ、患者等との関わりの度合いの高い対人業務へシフトを図る旨や、薬剤師の育成・資質の向上として、専門教育に加えて、患者とのコミュニケーション能力等に関する研修が求められる旨が記載<sup>3)</sup>されている。

更に、2016 年に発行された「健康サポート薬局に係る研修実施要綱について」では、コミュニケーション力の研修項目の達成目標として、『薬や健康に関する気軽に安心できる相談相手として、相談者の気持ちを配慮した対応を行い、薬局

利用者や地域住民、多職種の人々と良好な信頼関係を築くため、専門職として適切なコミュニケーションがとれる<sup>4)</sup>』が挙げられており、これらを実現するために薬局薬剤師には対物業務から対人業務へのシフトや、患者の心理等にも適切に配慮して相談内容を傾聴し、必要により精神的な健康支援の手法としてカウンセリングスキルを用いたコミュニケーションが求められている。

近年では、向精神薬の過量服薬リスクの高い患者<sup>5)</sup>や自殺の危険性がある人のゲートキーパーとしての役割<sup>6)</sup>、更には多職種チームによるアウトリーチサービス提供者としての役割<sup>7)</sup>などもあり、薬剤師に対する社会的ニーズは、身体面への健康支援だけではなく、精神面への健康支援の担い手としても期待されている。

精神面への健康支援の手法としては、Aaron T Beckにより1970年代にうつ病に対する精神療法として開発された認知療法<sup>8,9)</sup>から発展した認知行動療法(cognitive behavioral therapy; 以下、CBT)が注目されている。独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの認知行動療法センター(以下、CBTセンター)は、『CBTは、認知に働きかけて気持ちを楽しめる精神療法(心理療法)の一種であり、認知というのはものの受け取り方や考え方という意味である。ストレスを感じると私たちは悲観的に考えがちになって問題を解決できないころの状態に追い込んでいってしまうが、CBTではそうした考え方のバランスを取ってストレスに上手に対応できるころの状態をつくっていく<sup>10)</sup>』としている。また、大野は、『CBTは“私たちの気持ちや行動は、そのときに頭に浮かんだ「考え」の影響を受ける”という考えに基づいており、この「考え」を「認知」と呼ぶが、認知は「ある出来事に出会ったときに自動的に浮かんでいる考え」ともいえる。この自動的に浮かぶ考えを、専門的には「自動思考」と呼び、自動思考は自分の考えているつもりはないのに何気なく生み出されるものである<sup>11)</sup>』としている。図1にCBTの概念である認知行動モデルを示す。

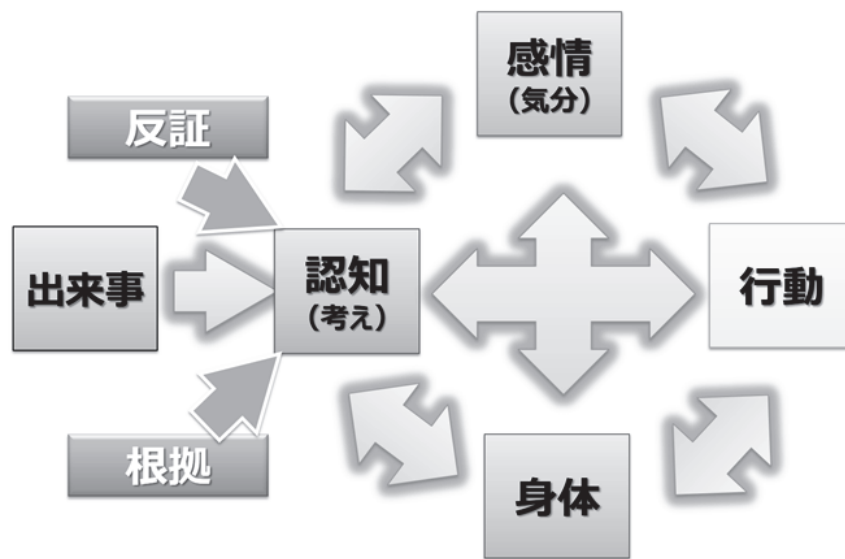


図1 CBT の概念である認知行動モデル

CBT による治療効果及び再発予防効果を裏付けるエビデンスは、うつ病<sup>12)</sup>、統合失調症<sup>13)</sup>、不安障害<sup>14)</sup>、強迫性障害<sup>15)</sup>、心的外傷後ストレス障害<sup>16)</sup>、摂食障害（神経性大食症）<sup>17)</sup>、社交不安障害<sup>18)</sup>、過敏性腸症候群<sup>19)</sup>、睡眠障害<sup>20)</sup>などが報告されている。

日本の精神医療現場で CBT が注目されるようになったのは 1980 年代後半以降であり、2010 年からうつ病患者に対して効果が実証されたマニュアルに基づいて習熟した医師が行う CBT が診療報酬の対象になった<sup>21)</sup>。CBT には精神疾患を治療することを目的とし、構造化された定型の精神療法である高強度の認知行動療法（High density CBT；以下、H-CBT）の他に、個人・地域・企業・教育などさまざまな場面でメンタルヘルスに用いられている低強度（簡易型）の認知行動療法（Low density CBT；以下、L-CBT）がある<sup>22)</sup>。この L-CBT の特徴として大野は、①専門家に限定せずに L-CBT を提供できる人を活用する、②支援者・実践者が個々人の患者に使う時間を減らすために、集団を利用したり、短い時間の面接を何回か提供したり（アドバイス・クリニック）、書籍やインターネットなどのセルフヘルプ資材を使う手助けをしたり、地域やボランティアの集まりへの参加を促す、③CBT を用いた早期の介入や予防活動に参加しやすくなる、ことを挙げている<sup>22)</sup>。うつ病に限って言えば、この L-CBT は軽症のうつ病患者

に適用され、うつ病の罹患予防・再発防止になどの目的で活用されている。CBTが進んでいる英国では Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) という政策を掲げ、この L-CBT と H-CBT を使い分けることで国民に広く CBT を用いた医療を提供している。さらに、英国では多くのエビデンスが積み重ねられてきた CBT を医療経済の観点からも有効な治療法として導入し、幅広く提供するためにセラピストの養成にも力を入れており、L-CBT の専門家、H-CBT の専門家をそれぞれの標準化されたカリキュラムにより育成している<sup>23)</sup>。

医師以外の医療従事者による CBT を用いた治療支援の報告も多数されており、Gonzalez らによる II 型糖尿病とうつ病を併発している患者に対して、心理士、看護師、栄養士のチームで行った CBT による介入でうつ病の重症度の減少が示された例<sup>24)</sup>や、Espie らによる一般診療における不眠症患者に対して、看護師が CBT による介入<sup>25)</sup>を行った例などがあり、我が国でも看護領域における CBT の取り組みについて複数の報告<sup>26,27)</sup>がなされている。

また、Orth-Gomér らによる、冠動脈性心疾患の女性患者において、CBT 介入群では死亡に関するハザード比 (HR) を 70% 低下した (HR:0.31,95%CI,0.13-0.73) という報告<sup>28)</sup>や、Safren らによる、二型糖尿病患者<sup>29)</sup>や HIV 感染者<sup>30)</sup>に対する CBT の介入により服薬アドヒアランスやうつ、血糖コントロールが良好であったという報告、Antoni らによる、乳がん手術後患者に対する介入により不安などのネガティブな感情が有意に減少しているという報告<sup>31)</sup>があり、他にも血液透析患者の水分摂取制限に対する報告<sup>32)</sup>、アトピー皮膚炎患者に対する皮膚状態の改善や使用するステロイド量の減量の報告<sup>33)</sup>、がん患者へのプログラム<sup>34)</sup>等の報告等があり、うつ病や統合失調症と言った精神疾患だけではなく、身体疾患への有効性も示されている。

更に、健康増進分野においても肥満管理におけるエクササイズへのアドヒアランスの向上に関する報告<sup>35)</sup>や、減量プログラムへの活用<sup>36)</sup>、禁煙に対する報告<sup>37)</sup>等の報告がある。またメンタルヘルス分野でも、学級単位で担任教師が実施できる児童に対する CBT プログラム<sup>38)</sup>や思春期のうつ病の予防プログラムへの活用<sup>39)</sup>と言った報告がされている。

薬局における CBT を用いた患者支援については、Ahmad らによる薬局薬剤師が行った薬剤服用歴の調査と動機付け面接や問題解決技法のトレーニングを受

けたテクニシャンによる CBT が、退院後患者の薬剤関連の問題を減らし服薬アドヒアランス向上につながったとする報告<sup>40)</sup>がある。我が国の薬剤師による報告は、齊藤らによる病院薬剤師が行った CBT に基づいた服薬自己管理モジュールの導入が、退院後の規則正しい服薬行動に繋がったという報告<sup>41)</sup>や、伊藤らによる睡眠薬を常用している不眠症患者への認知行動的アプローチによる服薬指導が睡眠薬の減量、離脱に効果があることが示唆された報告<sup>42)</sup>があるものの、薬局薬剤師による CBT を用いた患者支援の報告はされていない。

これらの CBT の活用による患者の服薬アドヒアランスに対する報告からも、国内で薬局薬剤師が CBT を活用する事は、患者の服薬アドヒアランスの向上に期待できると考えられる。



## 第 I 章：認知行動療法的アプローチを用いた薬局薬剤師対象の服薬支援研修プログラム の構築

### 1. 序論

我が国では、厚生労働省による平成 21 年度の「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」において、うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル<sup>43)</sup>が作成され、そのマニュアルを用いた研修<sup>44-48)</sup>が CBT センターにより、厚生労働省事業として、医師だけではなく、看護師、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、薬剤師、臨床心理技術者などの精神保健医療福祉従事者に対して実施されている。これは、医師以外の職種においても、CBT を活用して精神面への健康支援の担い手として活躍することが望まれているからと考えられる。この多職種向けの研修会では、CBT の概要の説明に次ぎ、コラム表を用いた認知再構成法や活動記録表を用いた行動活性化など、うつ病の患者を対象とした CBT の普及が目的となっているが、その内容に薬局における事例は一切含まれていない。

薬局薬剤師が CBT を活用するためには、認知の偏りにより服薬アドヒアランスが低下した実際の事例や、薬局での相談事例によるトレーニング、更には投薬時や待ち時間等に時間をかけずに行うアプローチを学習する事が導入として重要と考えられるが、そのような薬局の窓口で実施する服薬支援に特化した内容で実施されている研修会等は報告されておらず、薬局窓口で CBT を活用した服薬支援のイメージができる研修が必要であると考えられた。

そこで本研究は、薬局薬剤師が精神的な健康支援の担い手として社会的ニーズを満たすために、患者の心の痛みにも寄り添える薬剤師を養成することを目的とし、認知行動療法的アプローチ（以下、Cognitive Behavioral Therapy Approach: CBT-A）を用いた服薬支援に特化した研修プログラムを構築することとした。

### 2. 方法

#### 2-1. 研修プログラムの作成

研修プログラムは、CBT センターで提供されている『こころのスキルアッ

プ・プログラム』<sup>11)</sup>を参考に、1回2時間、計4回の薬剤師の服薬支援に特化したプログラムを構築した。

プログラムは、CBTの認知的技法の一つであり、薬局での服薬支援に汎用性が高いと考えられる認知再構成法の修得を中心とし、受講者の能動的な参加と実践力の向上を促すために、ディスカッションとロールプレイを多用し、心理学を学んだことのない人でも理解しやすいように専門用語を最低限にした構成した。さらに理解を深めるために、通常対話の中では表現されない患者の心の声を顕在化した漫画(図2)を作成し、患者の考え、気分、行動の変容を思考記録表(図3)に書き込むことで認知再構成法の手順を理解しやすくするといった工夫を行った。

また、ロールプレイは、実際にCBT-Aで支援した相談事例をアレンジした模擬症例にて複数回実施することとし、受講者同士で患者役、薬剤師役、観察者役を交互に行うことで相互理解を深める構成とした。



図2 患者の心の声を顕在化した漫画の一例

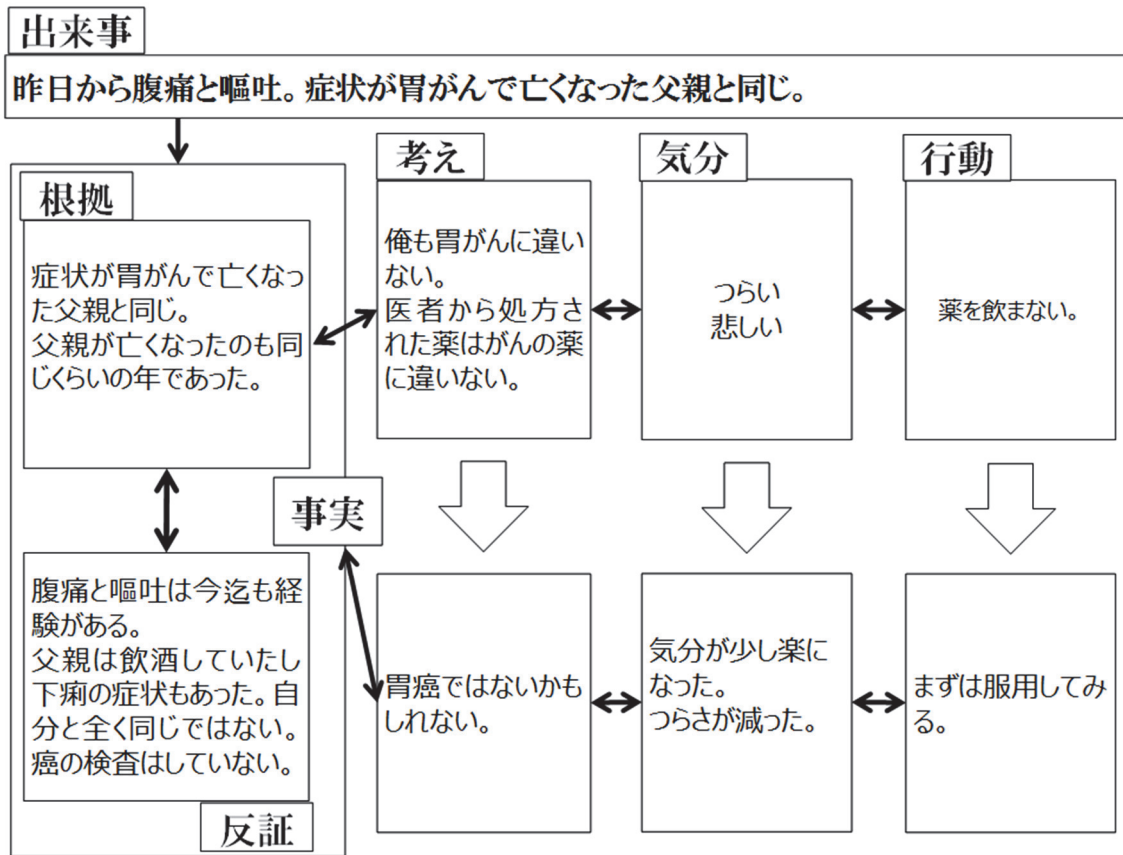


図3 思考記録表の一例

## 2-2. 認知再構成法の概略

認知再構成法とは、精神的に動揺した時に瞬間的に浮かんでくる自動思考と呼ばれる考えやイメージに注目し、現実と対比しながら、その歪みを明らかにして、問題に対処し、うつや不安などの気分の軽減や、非適応的な行動を修正する CBT の基本的な手技である。自動思考は、瞬間的な判断を助ける適応的な働きをしているが、ストレスが強くなると客観的な判断ができなくなり、行動や感情が非適応的になりがちになる。認知再構成法は、このような現実と判断のずれ、つまり、認知の歪みに注目しながら、現実にそった考え方や判断ができるように認知の修正を行っていく手法である<sup>49)</sup>。

## 3. 結果

### 3-1. 研修プログラムの構築

研修1回目のテーマは、考えと気分の切り分けの理解とし、認知再構成法の

基礎を学ぶ事で、「出来事」、「考え（認知）」、「気分（感情）」、「行動」の関係を理解し、患者との対話事例から患者の考えと気分の切り分けができるようになることを目標とした。

研修2回目のテーマは、根拠と反証の理解と導き方とし、認知が偏った状態での考えの「根拠」と、その時点では患者が気づいていない客観的な事実である「反証」を理解し、その反証を患者自身が気づくことで非適応的思考が適応的思考に変容し、気分が変化することについて理解することを目標とした。

なお1回目・2回目では、前述の漫画を導入し、その内容をディスカッションで理解を深め知識の定着を図った。

これらを理解した上で、研修3回目・4回目は、ロールプレイを行うことで、患者の気持ちに寄り添った対応により、患者自身に反証を導き出させ、考え方の視野（幅）を広げ、気分を楽にすることができるようになることを目標とした。

研修3回目のロールプレイでは、患者との対話を思考記録表に書き込んで整理しながら対応することで、実際の対話から患者の考え、気分を知り、その根拠を確認した後に、反証を患者から導き出し、患者の考えと気分の変容を体験することとした。

研修4回目のロールプレイでは、実際の患者とのやり取りを想定し、思考記録表への記入は、メモ程度とし、頭の中で整理しながら反証を患者から導き出し、考えと気分の変容を確認することを行い、CBT-Aによる対応を実践する構成とした。

#### 4. 考察

CBTセンターの研修を含めて、薬局における服薬支援に関する事例が含まれている研修や、薬局の窓口で薬剤師が行う対応に関する内容が含まれている研修は行われていない。薬局薬剤師がCBT-Aを活用して患者支援を行うためには、薬局窓口で実践するイメージが得られる研修が必要であると考え、今回、新しく認知再構成法を中心としたCBT-Aを活用し、薬局薬剤師が薬局において患者の心に寄り添った対応による服薬支援ができるようになるための、服薬支援に特化した研修プログラムの構築を行った。

本研修プログラムは、CBT についての基本的な知識を理解した上で、実際の薬局における相談事例を基にした模擬事例でロールプレイを実施し、ディスカッションすることで、その知識を定着させることにより、受講した薬局薬剤師が、薬局の窓口で CBT-A による服薬支援を実施することを可能とし、特に非適応的な考えにより服薬アドヒアランスが低下している患者などの専門知識の提供のみでは服薬に関する問題が解決できない患者に対して、服薬支援を可能とする研修プログラムであることが期待された。

## 第Ⅱ章：Study1（認知行動療法的アプローチを用いた研修プログラムの開発と 検証）

### 1. 序論

第Ⅰ章で構築した CBT-A を活用した薬局薬剤師対象の服薬支援研修を薬局薬剤師に実施し、その研修効果を検証することとした。

### 2. 方法

#### 2-1. 検証方法

##### 1) 対象者

対象者は本研究の趣旨に同意が得られた神奈川県保険薬局 2 施設の薬剤師とした。本研究の目的及び内容を文書にて説明し、薬剤師経験が 1 年未満の者、認知行動療法や動機付け面接等の心理療法を学んでいる者、精神科及び心療内科に特化した病院・診療所もしくはそれらの門前薬局で 1 年以上勤務した経験のある者を除外した 24 名とした。

##### 2) 研究デザイン

研究デザインの概要を図 4 に示す。

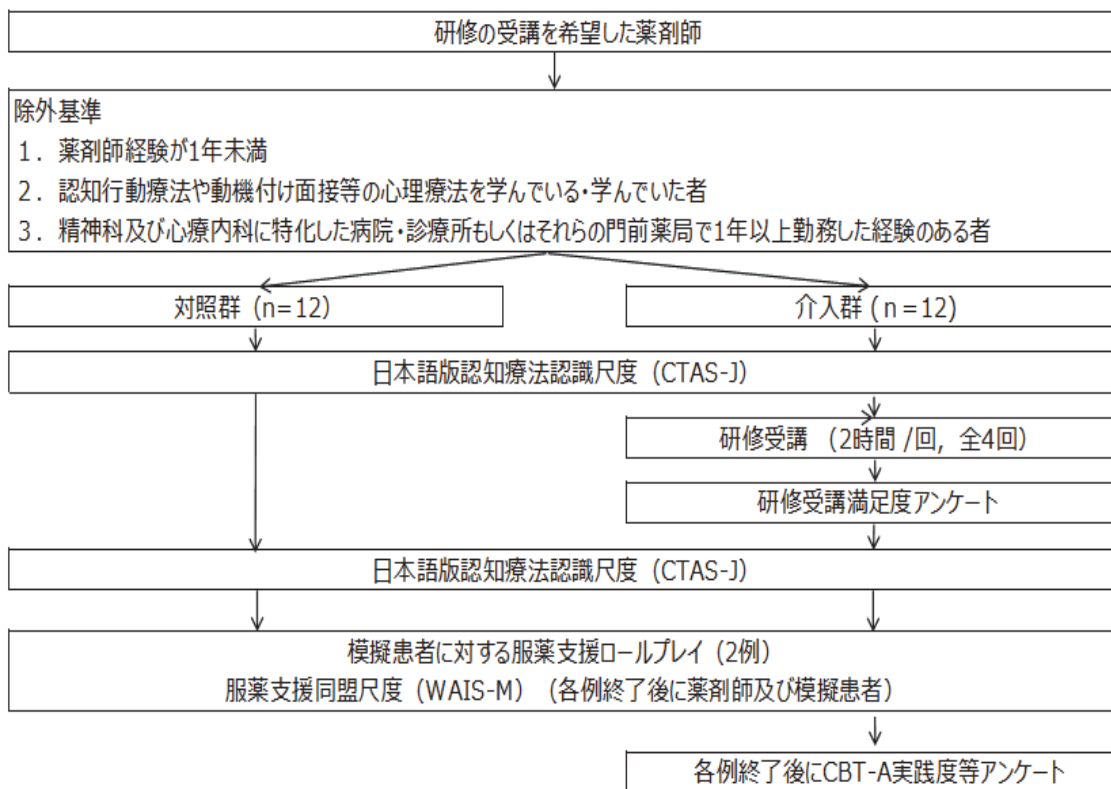


図4 研究デザインの概要

24名の対象者を無作為に抽出した。次いで、研修を受講する群（以下、介入群）と研修を受講しない群（以下、対照群）の2群に12名ずつ無作為に割り付けた。

介入群には2014年9月～10月の2ヶ月の間に、1～3週間隔で計4回の研修を実施し、研修終了1週間後に、研修効果を比較するために全対象者に対して模擬ロールプレイを2例（癌だと思い込んでいる患者（以下、症例1）、自分に合う薬がないと思い込んでいる患者（以下、症例2））（表1）実施し、評価した。



表 1 検証に用いた症例

	症例 1 (癌の症例)	症例 2 (苦い薬の症例)
処方薬	吐き気止め 抗生物質	抗不安薬 (2 種) 睡眠導入剤
主訴	腹痛及び嘔吐	不眠
開始の言葉	私は癌なんだよ……	苦くない薬はないですか？
患者の考え	癌で死んだ父親と同じ症状だ。 私は癌に違いない。	これだけの薬を試しても改善されな い。私に合う薬なんてないんだ。
目標	処方薬から癌の可能性が低いことは わかるが、安易に癌ではないと否定 せず、患者の想いやその理由・背景 を鑑みて患者の想いに寄り添った対 応ができる	単に苦くない薬を探すだけではなく、 その言葉の裏に隠れた患者の想いを 確認し、患者の想いに寄り添った対応 ができる

また、ロールプレイでは、薬局で調剤時に行われる情報収集や一般的な説明を含む服薬指導は既に終了しており、模擬患者の開始の言葉からロールプレイを開始する旨、予め、全対象者及び模擬患者に伝えて行った。

ロールプレイを行う模擬患者は、日大薬学 SP 会に所属し、5 年以上の模擬患者経験を有している者で、症例を基にした研修を修了した 4 名とした。なお、本研究は日本大学薬学部倫理審査委員会の承認（承認番号：14-009-1）を得て実施した。

## 2-2. 評価項目及び分析方法

### 1) 研修受講満足度の評価

研修受講満足度の評価は、介入群の薬剤師に対して、研修終了時にアンケートにて行った。アンケート項目は、「講師の説明は理解しやすかった (説明)」、「使用したスライドや資料は見やすかった (資料)」、「漫画を用いた説明は理解しやすかった (漫画)」、「思考記録表で整理する方法は理解しやすかった (思考記録表)」、「話し合うことで理解が深まった (ディスカッション)」、「ロールプレイにより理解が深まった (ロールプレイ)」、「基礎知識の講義の後に、ロールプレイで実践する流れにより理解が深まった (研修の流れ)」、「研修プ

プログラムに総合的に満足であった（総合満足）」であり、6段階尺度（1.全く思わない、2.思わない、3.あまり思わない、4.少し思う、5.思う、6.非常に思う）で満足度を中央値にて評価を行った。

また、どのような項目が総合満足度に影響を与えているかを確認するために相関関係を評価した。相関関係は、Spearman の順位相関係数で確認した。

## 2) 研修の習熟度

研修の習熟度は、認知療法・認知行動療法の研修実践歴と有意な相関が示されている日本語版認知療法認識尺度（Cognitive Therapy Awareness Scale Japanese）（以下、CTAS-J）<sup>50</sup>を指標として用いて評価した。なお、CTAS-Jは40問の正誤問題で構成されている。CTAS-Jは全対象者に対して研修開始前及び研修終了後に実施し、研修前の群間比較はMann-Whitney U testで行い、各群の前後比較はWilcoxon signed rank testで行った。

## 3) CBT-A の実践意識及び実践度

模擬ロールプレイ実施後、症例毎に介入群の薬剤師のみ、「患者の訴えに対して、認知行動療法を意識しながら対処法（アドバイス）を提案できた」、「今回の服薬指導では患者の今後の気分や行動を変えるような支援を行うことができた」、「総合的に、患者に対して認知行動療法による服薬支援を実践できた」の設問項目を、6段階尺度（1.全く思わない、2.思わない、3.あまり思わない、4.少し思う、5.思う、6.非常に思う）で評価してもらい、CBT-A の実践意識と実践度について確認を行い、集計した。

## 4) 服薬指導に対する患者の満足度

模擬ロールプレイ実施後、症例毎に模擬患者に対して薬剤師の服薬指導に対する満足度を6段階尺度（1.全く思わない、2.思わない、3.あまり思わない、4.少し思う、5.思う、6.非常に思う）で評価してもらい、両群の服薬指導満足度をMann-Whitney U testにて比較した。さらに、満足度のポイント及び服薬指導の感想について自由記述欄を設けた。

## 5) 服薬支援同盟度及び心の乖離度

患者と薬剤師の服薬支援同盟度及び心の乖離度は、我が国の認知療法・認知行動療法といった精神療法の評価項目として幅広く使用されている日本語版治療同盟尺度 (Working Alliance Inventory Short Form) <sup>51,52)</sup>を参考に改変版 (Working Alliance Inventory Short Form Modified) (以下、WAIS-M) を作成し、導入した。Horvath らによれば、治療同盟の質は、クライアントとセラピストの間の「課題の一致 (Task)」、「情緒的絆の形成 (Bond)」、及び「目標の一致 (Goal)」という 3 つの構成要素がある <sup>53)</sup> としており、本研究においては、CBT-A による服薬支援によって、これらの構成要素にどのような影響を与えるか確認し、患者と薬剤師の服薬支援同盟度の評価とした。

更に「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の一致」、及び「全項目の合計 (以下、全体)」については、患者と薬剤師の評価の乖離度を心の乖離度として評価した。

改変は評価者が適切に判断することを目的として、設問項目は薬剤師の服薬対応に沿った文言への変更 (例：セラピスト→薬剤師、クライアント→患者)、及び尺度を 7 段階尺度 (1.Never、2.Rarely、3.Occasionally、4.Sometimes、5.Often、6.Very Often、7.Always) から 6 段階尺度 (1.全く思わない、2.思わない、3.あまり思わない、4.少し思う、5.思う、6.非常に思う) に変更した。治療同盟尺度はセラピスト用、クライアント用、オブザーバー用があり、いずれも設問は対になっているもので、今回はセラピスト用を薬剤師に、クライアント用を模擬患者に用いた (表 2)。

表 2 WAIS-M (患者用)

問 1 (T)	私の状態を改善するために、私自身が服薬指導(ロールプレイ)中に何をすべきかについて、私と薬剤師の意見は一致している。
問 2 (T)	服薬指導(ロールプレイ)によって、私は新たな視点で私自身の問題をとらえることができるようになった。
問 3 (B)	私は薬剤師を大切に思っている。
問 4 (G)	薬剤師は、服薬指導(ロールプレイ)で私が何を求めようとしているのかを理解していない。※
問 5 (B)	私は、薬剤師が私を助けることができると信じている。
問 6 (G)	私と薬剤師は、お互いに意見が一致した目標に向かって服薬指導(ロールプレイ)を進めている。
問 7 (B)	私は薬剤師のことを尊重している。
問 8 (T)	私にとって何が重要で何をすべきかについて、私と薬剤師の意見は一致している。
問 9 (B)	私と薬剤師はお互いを信頼している。
問 10 (G)	私の本当の問題がなんなのかについて、私と薬剤師では考えが異なっている。※
問 11 (G)	私にとってどういう変化が望ましいかについて、私と薬剤師は二人とも良く理解している。
問 12 (T)	私は、私自身の問題について服薬指導(ロールプレイ)で行っている方法が正しいと信じている。

T=Task B=Bond G=Goal ※:Reverse Scoring

日本語版の治療同盟尺度を評価に用いた報告は複数<sup>54,55)</sup>あり、その信頼性と妥当性については、葛西らが尺度を 7 段階尺度から 5 段階尺度に改変したものに検証した報告<sup>56)</sup>があるが、今回尺度を 6 段階としたこと、及び文言を変更したことによる信頼性については、全体及び 3 つの構成要素(「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の一致」)の内的整合性をクロンバックの  $\alpha$  係数にて評価した。WAIS-M による評価は、研修修了後の模擬ロールプレイを実施した後に薬剤師、模擬患者共に行った。なお、評価は各症例終了直後に行った。

両群の服薬支援同盟度及び各群における症例 1 と症例 2 の服薬支援同盟度の症例間比較は、Mann-Whitney U test を行い、模擬患者と薬剤師の心の乖離度は、Wilcoxon signed rank test により行った。なお、WAIS-M は 12 項目の設問からなる尺度であるが、「目標の一致」に含まれる 2 項目の設問が逆転項目となっているため、該当の 2 項目の設問については、逆転補正を行った上で評価を行った。

#### 6) RIAS (The Roter Method of Interaction Process Analysis System) による発話の定量的解析

RIAS は米国の Debra L.Roter によって開発された医療コミュニケーション分析方法で、医療会話を「発話」(話し手のまとまった考えを示す最小単位)という単位に細分化し、その機能と内容によってカテゴリー分類し、数量化する量的研究方法である<sup>57,58)</sup>。

発話は、主に医療者と患者の良好な関係性を構築する役割のある発話が属する「社会情緒的カテゴリー」(16 カテゴリー)と、主に会話の円滑な進行や診断・治療のために行われる感情を含まない中立的な発話が属する「業務的カテゴリー」(25 カテゴリー)の 2 側面の医療コミュニケーションに大別され、全 41 カテゴリーのいずれかに分類される。一方で、41 カテゴリーは、研究目的に合わせて似たようなカテゴリーを纏めたり、ある特定の会話の特徴を深く探りたい場合などには、研究の目的に即したカテゴリーを下位カテゴリーとして追加したりするなど、ある程度の変更が可能である。発話の区切りとカテゴリーの例について図 5 に示す。

Dr：〇〇様ですね。【確認】  
Pt：はい、そうです。【同意】  
Dr：えーと、【接続語】  
お薬終わりましたけど、何かご質問ございますか？【意見の要請】  
Pt：俺、癌なんじゃないかな。【症状に関する情報提供】  
もう長く生きられないんじゃないかって思っているんだけど。【不安・心配】  
Dr：うん。【相槌】  
Pt：俺の死んだ親父がね、胃癌で死んだの。【症状に関する情報提供】  
Dr：なるほど、なるほど。【同意】

図5 発話の区切りとカテゴリー例

なお、薬学の分野でも RIAS を用いたコミュニケーション研究の報告は複数なされている<sup>59-63)</sup>。

RIAS のコーディング法が広く使われている理由は、①結果が各カテゴリーの頻度という数量で得られるので、患者満足度などの患者アウトカムとの関係を比較しやすい、②各カテゴリーは、医療場面での医師－患者間の日常的な対話の内容と文脈をそのまま反映するように作られている、③医療会話の音声または動画ファイルを加工せずそのままコンピュータにリンクさせて直接コーディングできるため、やり取りの際の声のトーンや表情といった準言語的コミュニケーションを評価することが可能である、④文字起こしの手間が省ける、⑤基本である医師－患者の組み合わせを、看護師－患者の組み合わせや、医師－患者－付き添い者など 3 者の組み合わせのように、場面設定によって柔軟に変更できる、等の長所が挙げられ<sup>57)</sup>、特に準言語的コミュニケーションは、単に会話を文字に起こしただけでは伝わらない情緒的側面を映し出しているといえるため、RIAS は本研究の模擬患者のような、不安や心配事を抱える患者の感情の変化を評価することが可能であるといえ、今回の検証として医療コミュニケーションの差を客観的に評価することに適していると考えられた。

本研究では、薬局薬剤師が行う患者情報を得るための“質問”、自分が得た情報の正確性の可否や事実・問題に対する理解が共有されているかの“確認”、相手の行動を提案したり指示したりするのでなく服用薬の使用方法や症状のような医学的状态に関する“情報提供”、および知識の提供により患者の理解

や行動を変えようとする“指導”に加えて、介入群の薬剤師が CBT-A を活用して服薬指導を行った場合、患者の訴えに“共感”し、患者の考え、気分、考えの根拠を確認した上で、患者自身が考え方の視野（幅）を広げるような“反証を導く質問”や“反証を導く確認”を行い、非適応的思考から適応的思考に変容し気分が改善されると仮定して、以下のカテゴリーを用いて解析を行った。

薬局薬剤師の発話では、“共感”、“確認”のカテゴリーはそのまま使用し、10項目存在する質問系統のカテゴリー（症状に関する開いた質問・閉じた質問、治療に関する開いた質問・閉じた質問、生活習慣に関する開いた質問・閉じた質問、心理社会的なことに関する開いた質問、閉じた質問、その他のことに関する開いた質問・閉じた質問）は、まとめて“質問”というカテゴリーとして使用し、5項目存在する情報提供系統のカテゴリー（症状に関する情報提供、治療に関する情報提供、生活習慣に関する情報提供、心理社会的なことに関する情報提供、その他のことに関する情報提供）も、まとめて“情報提供”というカテゴリーとして使用した。更に、2項目存在する助言・教育系統のカテゴリー（医学的状态・治療方法に関する助言・教育、生活習慣・心理社会的なことに関する助言・教育）はまとめて“指導”というカテゴリーとして使用した。その他に反証を導くことを目的とした発話を明確にするために、“質問”の下位カテゴリーとして“反証を導く質問”と“確認”の下位カテゴリーとして“反証を導く確認”というカテゴリーを追加して使用した。

模擬患者では、薬剤師が CBT-A による服薬支援を行うことにより、模擬患者自身の認知の偏りからくる非適応的思考や気分寄り添ってくれることで発することができる“心理社会的なことに関する情報提供”と、模擬患者が適応的思考に変容したことにより発せられる“ポジティブな発言”を解析することとした。

その他、開始から終了までの発話数と発話時間を薬局薬剤師と模擬患者に分けて比較を行った。

発話数、発話時間及びコーディングの結果は、症例毎に Mann-Whitney U test で群間比較にて評価を行った。

なお、全ての検定の欠損値は、ペアワイズ除去を行い、有意水準は  $p < 0.05$

とした。

### 3. 結果

#### 3-1. 対象者の属性

対象者の属性を、表 3 に示す。

表 3 対象者の属性

		介入群	対照群
性別	男性	7	6
	女性	5	6
年代	20代	5	7
	30代	5	4
	40代	1	1
	50代	1	0
薬剤師経験年数	中央値 (最小～最大)	7.5 (2～30)	6.0 (2～19)

#### 3-2. 研修内容の評価

##### 1) 研修受講満足度

研修受講満足度の結果を図 6 に示す。「話し合う事により理解が深まった (ディスカッション)」、「ロールプレイにより理解が深まった (ロールプレイ)」、「漫画を用いた説明は理解しやすかった (漫画の導入)」、「座学中心に学んでからロールプレイを行う流れにより理解が深まった (研修の流れ)」の評価が高かった。



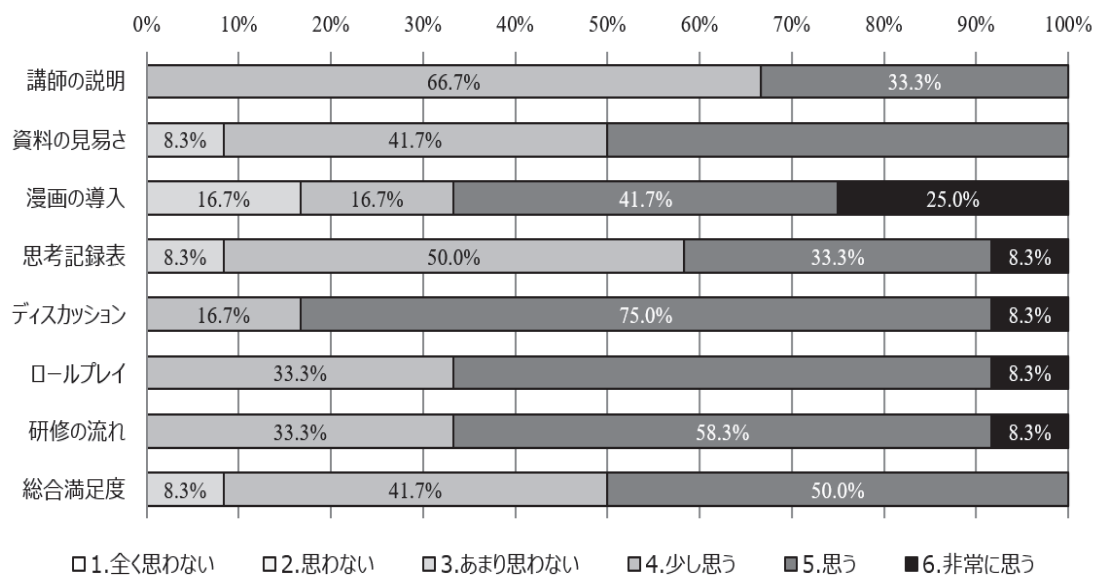


図6 研修受講満足度

## 2) 研修満足度項目の相関係数

研修満足度項目の相関係数について表4に示す。「総合的な研修満足度」と「漫画の導入」、「思考記録表を用いた整理方法（思考記録表）」、「ディスカッション」、「ロールプレイ」には、有意な正の相関が認められた。

表4 研修満足度項目との Spearman の順位相関係数

	講師の説明	資料の見易さ	漫画の導入	思考記録表	ディスカッション	ロールプレイ	研修の流れ	総合満足度
講師の説明	1.00							
資料の見易さ	0.37	1.00						
漫画の導入	0.24	-0.19	1.00					
思考記録表	0.81 **	0.19	0.37	1.00				
ディスカッション	0.13	0.32	0.35	0.31	1.00			
ロールプレイ	0.26	0.20	0.59 *	0.25	0.22	1.00		
研修の流れ	0.35	-0.24	0.50 +	0.48	-0.01	0.10	1.00	
総合満足度	0.37	0.14	0.75 **	0.63 *	0.60 *	0.59 *	0.55 +	1.00

\*\* :  $p < 0.01$    \* :  $p < 0.05$    + :  $p < 0.10$

## 3-3. 研修の習熟度

CTAS-J は、研修開始前は中央値が介入群 23 点、対照群 22.5 点であったが

( $p=0.91$ )、研修終了後は介入群 25.5 点、対照群 23.5 点であった ( $p=0.10$ )。研修の前後比較は、対照群では差は認められなかった ( $p=0.95$ ) が、介入群では有意な上昇が認められた ( $p=0.03$ )。

### 3-4. 薬剤師の症例毎の CBT-A の実践意識及び実践度

模擬患者に対するロールプレイ後に、症例毎に CBT-A による服薬支援の実施状況を確認した結果を図 7 に示す。「4.少し思う」～「6.非常に思う」と回答した割合は、「認知行動療法を意識しながら対処法を提案できた (CBT-A 意識)」においては、症例 1 では 81.8% で、症例 2 では 36.4% であった。「気分や行動を変える支援が出来た (行動変容支援)」においては、症例 1 では 100% で、症例 2 では 36.4% であった。「認知行動療法的アプローチによる服薬支援を実践できた (CBT-A 実践)」においては、症例 1 では 90.9% で、症例 2 では 18.2% であった。またアンケートの自由記述欄には、症例 2 において、「反証を見極められなかった」というコメントも見られた。

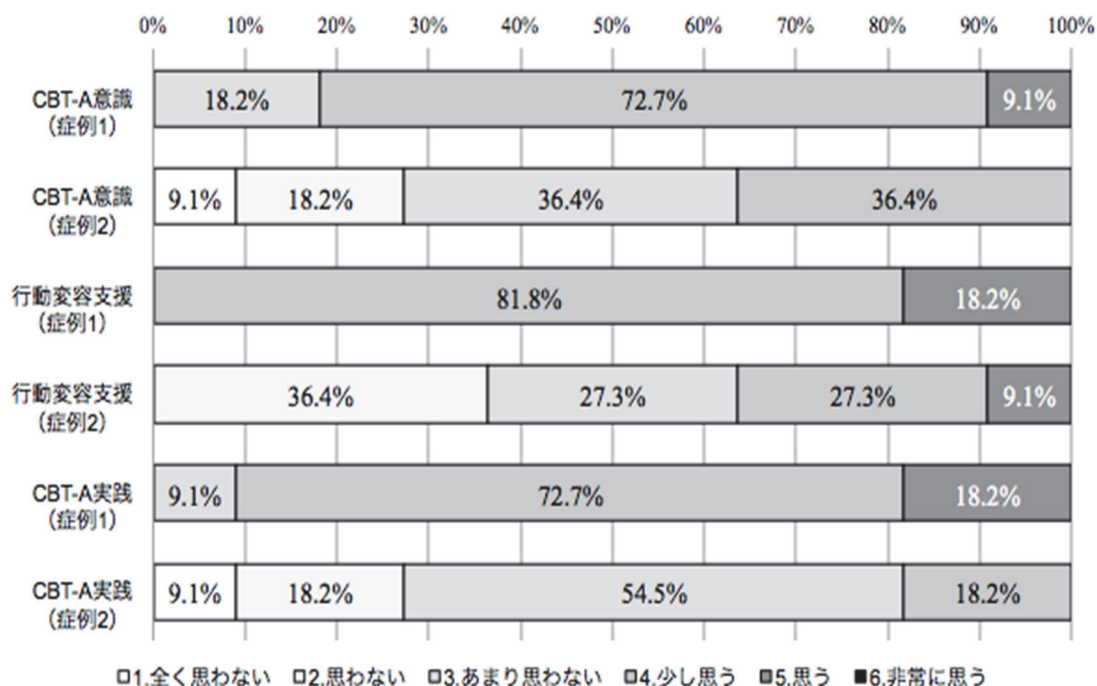


図 7 薬剤師の CBT-A による服薬支援の実施状況

### 3-5. 服薬指導に対する患者の満足度

ロールプレイ後に模擬患者に確認した薬剤師の服薬指導に対する患者の満足度は、両症例合計 ( $p=0.09$ )、症例 1 ( $p=0.52$ )、症例 2 ( $p=0.10$ ) のいずれにおいても両群間に差は認められなかった。

また、服薬指導の満足度のポイントについての自由記述欄には、群や症例を問わず、薬剤や疾患に関する知識の提供、薬剤師の丁寧な説明や言葉遣いなどの対応に関するコメントが見られた。なお、介入群の症例 1 では、「つらいということに共感があった」、「自分の不安が思い込みであると感じさせてくれた」といった、考えや気分に関するコメントが見られた。

### 3-6. 患者と薬剤師の服薬支援同盟度及び心の乖離度

#### 1) WAIS-M の信頼性

薬剤師版におけるクロンバックの  $\alpha$  係数は、「全体」では 0.92、「課題の一致」では 0.86、「情緒的絆の形成」では 0.82、「目標の一致」では 0.72 であった。患者版におけるクロンバックの  $\alpha$  係数は、「全体」では 0.96、「課題の一致」では 0.95、「情緒的絆の形成」では 0.92、「目標の一致」では 0.90 であった。

#### 2) 服薬支援同盟度（症例間比較）

服薬支援同盟度の症例 1 と症例 2 の比較（症例間比較）を表 5 に示す。

薬剤師では、介入群は「全体」、「課題の一致」及び「目標の一致」で症例 1 が有意に高く、対照群は、全ての項目で症例間の差は認められなかった。

患者では、介入群、対照群共に、全ての項目で症例間の差は認められなかった。

表 5 服薬支援同盟度（症例間比較）

		薬剤師		患者			
		Score	<i>p</i>	Score	<i>p</i>		
介入群	全体	症例 1	47.0	0.01	47.0	0.91	
		症例 2	42.0		42.0		
	課題の一致	症例 1	16.5	0.02	16.5	0.66	
		症例 2	13.5		16.0		
	絆の形成	症例 1	17.0	0.11	17.5	0.54	
		症例 2	15.0		17.0		
	目標の一致	症例 1	14.0	0.01	14.0	0.21	
		症例 2	12.5		16.0		
	対照群	全体	症例 1	41.5	0.89	48.0	0.27
			症例 2	42.5		56.0	
課題の一致		症例 1	15.5	0.86	16.5	0.40	
		症例 2	14.5		19.0		
絆の形成		症例 1	15.0	0.95	16.0	0.73	
		症例 2	15.0		18.5		
目標の一致		症例 1	12.0	0.54	15.0	0.06	
		症例 2	13.0		18.0		

### 3) 服薬支援同盟度（各症例の群間比較）

服薬支援同盟度の各症例の介入群と対照群の比較（群間比較）の結果を表 6 に示す。

症例 1 においては、「全体」では、患者は両群に差は認められなかったが、薬剤師は介入群が有意に高かった。「課題の一致」では、患者、薬剤師共に両群に差は認められなかった。「情緒的絆の形成」では、患者、薬剤師共に両群に差は認められなかった。「目標の一致」では、患者は両群に差は認められなかったが、薬剤師は介入群が有意に高かった。

症例 2 においては、「全体」、「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の

一致」の全てにおいて患者、薬剤師共に両群に差は認められなかった。

2 症例合計では、「全体」、「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の一致」の全てにおいて患者、薬剤師共に両群に差は認められなかった。

表 6 服薬支援同盟度（群間比較）

			症例 1		症例 2		2 症例合計	
			Score	<i>p</i>	Score	<i>p</i>	Score	<i>p</i>
全体	患者	介入群	47.0	0.86	49.0	0.14	47.5	0.29
		対照群	48.0		56.0		50.0	
	薬剤師	介入群	47.0	0.03	42.0	0.64	44.0	0.24
		対照群	41.5		42.5		42.0	
課題の一致	患者	介入群	16.5	0.60	16.0	0.09	16.0	0.12
		対照群	16.5		19.0		18.0	
	薬剤師	介入群	16.5	0.07	13.5	0.73	15.5	0.31
		対照群	15.5		14.5		15.0	
絆の形成	患者	介入群	17.5	0.77	17.0	0.40	17.5	0.72
		対照群	16.0		18.5		16.5	
	薬剤師	介入群	17.0	0.15	15.0	0.76	16.0	0.41
		対照群	15.0		15.0		15.0	
目標の一致	患者	介入群	14.0	0.88	16.0	0.08	15.0	0.24
		対照群	15.0		18.0		17.0	
	薬剤師	介入群	14.0	0.01	12.5	0.84	14.0	0.05
		対照群	12.0		13.0		12.5	

#### 4) 患者と薬剤師の心の乖離度

患者と薬剤師の心の乖離度について表 7 に示す。

症例 1 においては、介入群では「全体」、「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の一致」の全てにおいて乖離は認められなかった。一方、対照群では、「情緒的絆の形成」では乖離が認められなかったが、「全体」、「課題の一致」及び「目標の一致」では乖離が認められた。

症例 2 においては、介入群、対照群共に、「全体」、「課題の一致」、「目標

の一致」で乖離が認められ、「情緒的絆の形成」は両群ともに乖離が認められなかった。

2 症例合計においては、介入群では、「全体」及び「目標の一致」で乖離が認められたが、「課題の一致」及び「情緒的絆の形成」では乖離が認められなかった。対照群では、「全体」、「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の一致」の全てにおいて乖離が認められた。

表 7 薬剤師と患者の心の乖離度

			介入群		対照群	
			Score	<i>p</i>	Score	<i>p</i>
症例 1	全体	患者	47.0	0.78	48.0	0.02
		薬剤師	47.0		41.5	
	課題の一致	患者	16.5	0.88	16.5	0.03
		薬剤師	16.5		15.5	
	絆の形成	患者	17.5	0.23	16.0	0.05
		薬剤師	17.0		15.0	
	目標の一致	患者	14.0	0.75	15.0	0.02
		薬剤師	14.0		12.0	
症例 2	全体	患者	49.0	0.01	56.0	0.01
		薬剤師	42.0		42.5	
	課題の一致	患者	16.0	0.03	19.0	0.01
		薬剤師	13.5		14.5	
	絆の形成	患者	17.0	0.13	18.5	0.05
		薬剤師	15.0		15.0	
	目標の一致	患者	16.0	<0.01	18.0	<0.01
		薬剤師	12.5		13.0	
2 症例合計	全体	患者	47.5	0.03	50.0	<0.01
		薬剤師	44.0		42.0	
	課題の一致	患者	16.0	0.09	18.0	<0.01
		薬剤師	15.5		15.0	
	絆の形成	患者	17.5	0.05	16.5	<0.01
		薬剤師	16.0		15.0	
	目標の一致	患者	15.0	0.02	17.0	<0.01
		薬剤師	14.0		12.5	

### 3-7. RIAS による発話の定量的解析

### 1) コーディングの信頼性

RIAS のコーディングの信頼性の確認は、サンプルの 20% (サンプル数が少ない場合は 20 症例) のデータについて 2 人のコーダーが独立にコーディングを行うダブル・コーディングを実施し、相関係数の平均が 0.85 以上であることが RIAS 研究会で推奨されている<sup>57)</sup>。本検証では、RIAS 研究会日本支部のワークショップを受講した資格取得者 2 名が 20 症例のダブル・コーディングを行った結果、Pearson の相関係数の平均は薬剤師で 0.91、模擬患者で 0.90 であった。

### 2) 発話時間

症例 1 では、薬剤師の発話時間の中央値が介入群 173.5 秒、対照群 162.5 秒で差は認められなかった ( $p=0.77$ )。患者の発話時間の中央値は、介入群が 122.5 秒、対照群が 107.0 秒で同様に差は認められなかった ( $p=0.86$ )。

症例 2 では、薬剤師の発話時間の中央値が介入群 304.5 秒、対照群 381.5 秒で差は認められなかった ( $p=0.56$ )。患者の発話時間の中央値は、介入群 139.0 秒、対照群 167.0 秒で同様に差は認められなかった ( $p=0.69$ )。

### 3) 薬剤師の RIAS カテゴリーの発話数

薬剤師の RIAS カテゴリーの発話数の結果を表 8 に示す。

症例 1 では、総発話数では差は認められなかった ( $p=0.86$ )。

“共感” は、介入群が有意に多く認められた ( $p=0.03$ )。

カテゴリーをまとめた“情報提供”や“指導”は、両群間で差は認められなかった ( $p=0.56$ 、 $p=0.07$ )。

また、“質問”や“確認”も両群間で差は認められなかったが ( $p=0.68$ 、 $p=0.30$ )、追加した下位カテゴリーである“反証を導く質問”や“反証を導く確認”は、介入群が有意に多く認められた ( $p<0.01$ 、 $p=0.02$ )。

症例 2 では、総発話数では差は認められなかった ( $p=0.36$ )。

“共感” は、症例 1 と同様に介入群が有意に多く認められた ( $p=0.04$ )。

カテゴリーをまとめた“情報提供”は、差は認められなかった ( $p=0.82$ ) が、“指導”は、対照群が有意に多く認められた ( $p=0.02$ )。

また、“質問”や“確認”は両群間で差は認められず ( $p=0.45$ 、 $p=0.30$ )、追加した下位カテゴリーである“反証を導く質問”や“反証を導く確認”でも差は認められなかった ( $p=0.06$ 、 $p=0.32$ )。

表 8 薬剤師の RIAS カテゴリーの発話数

カテゴリー	症例 1			症例 2			
	対照群	介入群	$p$	対照群	介入群	$p$	
総数	66.5	68.5	0.86	122.5	97.5	0.36	
共感	0.0	1.0	0.03	0.5	1.5	0.04	
情報提供	9.0	10.0	0.56	14.5	15.5	0.82	
指導	6.0	2.0	0.07	6.5	3.0	0.02	
質問	(全体)	6.0	7.0	0.68	16.0	14.0	0.45
	(反証のみ)	0.0	2.0	<0.01	0.0	1.0	0.06
確認	(全体)	4.0	6.5	0.30	14.0	11.5	0.30
	(反証のみ)	0.0	1.0	0.02	0.0	0.0	0.32

#### 4) 患者の RIAS カテゴリーの発話数

患者の RIAS カテゴリーの発話数の結果を表 9 に示す。

症例 1 では、総発話数では差は認められず ( $p=0.98$ )、“ポジティブな発言”、“心理的問題に関する情報提供”でも差は認められなかった ( $p=0.98$ 、 $p=0.33$ )。

症例 2 では、同様に、総発話数では差は認められず ( $p=0.33$ )、“ポジティブな発言”、“心理的問題に関する情報提供”でも差は認められなかった ( $p=0.12$ 、 $p=0.62$ )。

表 9 患者の RIAS カテゴリーの発話数

カテゴリー	症例 1			症例 2		
	対照群	介入群	$p$	対照群	介入群	$p$
総数	71.5	78.0	0.98	91.5	72.5	0.33
ポジティブな発言	0.5	1.0	0.98	0.5	0.0	0.12
情報提供 (心理的問題)	1.0	1.0	0.33	2.0	2.5	0.62

#### 4. 考察

研修内容は、「漫画を用いた模擬セッション」、「思考記録表」、「ロールプレイ」



及び「ディスカッション」が総合的な満足度に有意な正の相関を示していた。これは、漫画を用いたことで心の描写が視覚的にわかり、かつ繰り返し確認できること、そして、その内容について思考記録表を用いて整理することで、認知行動理論の基礎である考えと気分と行動の関係を理解しやすかったためと考えられた。更に、講義の後に行ったディスカッションや薬剤師役、患者役、観察者役と立場を変えて体験したロールプレイで、知識を定着させ、実践するイメージができたことが研修の満足度に繋がったと推察された。

CBT-A の理解度は、CTAS-J の結果から、研修プログラムの受講により、研修を通して、患者の考えと気分を切り分け、根拠と反証を導き出し、患者が非適応的な考えを適応的な考えに変容する事で気分を変えるという認知行動モデルが理解でき、患者の考えや気分を確認するアプローチを行うための認知療法・認知行動療法の基礎知識が修得でき、その結果、研修の習熟度に繋がっていると推察された。

患者の服薬指導の満足度は、自由記述欄に記載されている事から、薬剤や疾患に関する知識の提供や、応対面に関する項目に影響されていると考えられた。また、介入群の薬剤師が CBT-A を意識し、実践できたとした症例 1 においては、患者は今までと異なるアプローチを受けたにもかかわらず、両群間で満足度に差が見られなかったことから CBT-A によって患者の服薬指導の満足度を損なうことはないことが示唆された。

WAIS-M の信頼性については、クロンバックの  $\alpha$  係数のみの評価ではあるが、受容できる値が得られた。これは葛西ら<sup>56)</sup>の WAI の信頼性と妥当性で得られた値に近いものでもあり、本研究における WAIS-M は服薬支援同盟度及び心の乖離度の指標としても活用できるものであると考えられた。

症例 1 においては、服薬支援同盟度の症例間比較では、介入群の薬剤師の「全体」、「課題の一致」及び「目標の一致」において症例 2 に比べて有意に高く、それ以外の項目では差は認められなかった。また、服薬支援同盟度の群間比較では、薬剤師は「全体」及び「目標の一致」で対照群に比べて有意に高い評価を行っていたが、患者は全ての項目において差が認められなかった。これは、症例 1 では、患者の考え、気分、根拠を確認し、反証を導き出すアプローチを行って、「癌に違いない」という患者の考えを「癌ではないかもしれない」に変化する事がで

きたことで、強い服薬支援同盟を築くことができたと評価したと考えられた。一方、CBT-A を学んでいない対照群の薬剤師においても、考えや気分を確認する事はなくても、「処方薬は癌の薬ではない」、「癌ならば検査する」という知識を複数もしくは繰り返し伝えることにより、患者に「癌ではないかもしれない」という考えの変化を起こすことができたことで、患者では両群に差が認められなかったと考えられた。しかしながら、対照群の薬剤師では、「患者は癌ではない」という証拠を伝える事はしたが、患者に共感しながら共同作業により適応的思考に導く流れの中で必要な患者の考えや気分については確認していなかった。そのため、患者の考えや気分は薬剤師の想像となり、真意が理解できているという自信がないことが、低い評価としたと考えられた。

症例 2 においては、介入群では、CBT-A を意識したと回答した者が 36.4%、実践できたと回答した者が 18.2%であり、殆どの者が CBT-A を意識することが出来なかった。意識できたと回答した者は、患者の「苦くない薬はないですか？」という初めの言葉を受けても、「苦くない薬を探す」と言った直接的に薬に注目したアプローチではなく、患者の「私に合う薬なんてない」という非適応的思考に注目し、その考えの根拠を聞き出すことまでは行うことができた。しかしながら、患者の考えと気持ちを変化させることが目的であるにもかかわらず、反証を導き出すことの重要性を研修のポイントとしたために、薬剤師の自由記述欄に記載が見られたように、反証を上手く導き出せなかったことで、薬剤師自身に迷いが生じ、アプローチに自信が持てず、服薬支援同盟を強く築くことができなかったと評価したと考えられた。介入群の CBT-A を意識できなかったと回答した薬剤師及び対照群の薬剤師は、患者の初めの発言を受けて、即座に「苦くない薬を探す」アプローチを行い、その後も薬剤の服用方法や睡眠に関する知識の提供と言った直接的に薬剤や疾患に注目したアプローチ（以下、指導型のアプローチ）を行っていた。対照群の薬剤師においては、日頃行っている指導型のアプローチを、症例を問わず行っていたため、症例間による差は認められなかったと考えられた。これは、患者の初めの発言が、「癌に違いない」という患者の考えによるものであった症例 1 では、薬剤師は、それを受けて患者の考えにアプローチすることができたが、症例 2 では「苦くない薬はないですか？」という薬に関する質問を受けて、薬剤師は、薬に注目した解決法を探索する事に終始し、患者

の考えや気分について確認しなかった。このことから、前述の対照群の薬剤師と同様に患者の考えや気分は薬剤師の想像となり、真意が理解できているという自信がないことで、症例 1 に比べて服薬支援同盟を強く築くことができなかつたと評価したと考えられた。

今回の研究では、患者の WAIS-M における「全体」、「課題の一致」、「情緒的絆の形成」、「目標の一致」のいずれにおいても、両群で差は認められなかった。しかしながら、CBT-A が実践できた症例 1 の下位尺度（中央値）で見ると、「情緒的絆の形成」は、介入群が高い傾向を示し、「目標の一致」は、対照群が高い傾向を示した。従来行っている指導型アプローチは、患者の課題に直接焦点をあて、解決することを得意としているため、「課題の一致」や「目標の一致」については、CBT-A を行わなくても高めの傾向となったが、患者の考えや気分に対するアプローチは、CBT-A に比べて行われていなかったために、「情緒的絆の形成」については低めの傾向があらわれたと推察された。また、患者の満足度のポイントの自由記述欄に、薬剤や疾患に関する知識の提供や、応対面に関する項目が群、症例を問わず挙げられていたことから、その他の要因としては、知識の提供だけであっても患者が問題解決できたと感じた場合、普段 OSCE 等で慣れている指導型のアプローチがスムーズに行われたり丁寧に説明されたりした場合、言葉遣い・視線・傾聴・共感と言った今回の研修ではトレーニングしていないコミュニケーションスキルの熟練度が高かった場合、などが評価に影響した可能性があると考えられた。

患者と薬剤師の心の乖離度では、症例 1 は、介入群の全ての項目及び対照群の「情緒的絆の形成」で乖離は認められなかったが、対照群の「全体」、「課題の一致」及び「目標の一致」では認められた。症例 2 では、両群共に「情緒的絆の形成」は乖離が認められなかったが、それ以外の項目では認められた。2 症例合計では、介入群の「課題の一致」及び「情緒的絆の形成」では乖離が認められなかったが、それ以外の項目では認められた。これは、症例 1 の介入群においては、研修を受講したことで、共感しながら患者との共同作業を進める中で、患者の考えや気持ちを適宜確認するようになり、患者の気持ちの変化に注目するようになったことで乖離が少なくなったと考えられた。一方、症例 2 の介入群では、前述の通り、薬についての患者からの問いかけに対し、患者の考えではなく

薬について注目し、その解決策を考えたことで患者の考えや気分を確認する機会を逸していた。その為、症例 1 に比べて患者の考えや気持ちの変化について把握できなかったことで乖離が生じたと考えられた。CBT-A を常に意識し、直接的に薬の話をするだけでなく、患者の考えや気持ちも適宜あわせて確認することが、結果として心の乖離を少なくすることに有用であると考えられた。

また今回は、CBT-A を行うことができた症例と行うことができなかった症例があった。これは、患者の考えによる問いかけには患者の考えに対して、薬による問いかけには薬に対して、といったように患者の問いかけのみに注目して薬剤師が対応したことが要因であると考えられた。今後の研修では、薬剤師は、常に患者の考えや気持ちについて意識していなければ、指導型のアプローチを行いやすいことを伝え、患者の問いかけに対して、認知に偏りが見られる場合には初めに薬剤や疾患ではなく患者の考えや気持ちを確認しながら共同作業を進め、患者の気分が改善された後に、必要に応じて薬剤や疾患に対する知識の提供を上乗せする事で、患者の服薬支援を行う事を強調する必要があると考えられた。

Fitzpatrick らによれば、カウンセラー及びクライアントの両者共にカウンセリングの回数が増えるに伴って治療同盟の質は上昇したが、心の乖離は、カウンセリングの初期に形成されると、カウンセリングの終了まで乖離は変化することなく残るとしている。また、心の乖離が生じた群は、生じていない群に比べて、カウンセリング初期のセッションの効果が低かった<sup>64)</sup>としている。このことから、服薬支援同盟度に関しては、CBT-A 及び指導型アプローチのどちらにおいても、繰り返し服薬支援を行うことで強まっていくが、心の乖離は、指導型アプローチでは、初期に乖離が生じてしまうと、支援を繰り返してもその差を埋めることはできず、なおかつ、初期の服薬支援の効果が発揮されにくくなる可能性がある。つまり、本研究において導入した CBT-A を行う事で、心の乖離を早期から少なくすることが可能となり、服薬支援も指導型アプローチに比べて、初期の段階から、より効果的に発揮する可能性があることが推察された。

RIAS による発話の変容からは、薬局薬剤師の発話の分析では“共感”が両症例とも、介入群が対照群と比較して有意に多い結果となった。これは介入群が本研修プログラムを受講したことにより、CBT-A を実施する中で患者の気持ちに寄り添うためには共感することが重要であることを再認識し、意識して表現し

た結果であると推察された。

心の乖離では、介入群が共感をしながら模擬患者との共同作業を進める中で、模擬患者の考えや気分を適宜確認するようになり、模擬患者の気持ちの変化に注目するようになったことであると考察したが、RIASを用いた分析によって介入群が意識的に“共感”を行っていたことが定量的に示された。

“指導”は症例1では差は認められなかったが、症例2では対照群が介入群と比較して有意に多かった。これは模擬患者の訴えを聞いたとき、介入群は考えや気分を聞き取りながら考えの偏りの根拠を確認し、反証を導きだすことを意識して取り組んだが、対照群は問題点を聞き取った後、考え、気分、考えの偏りの根拠および反証には触れず、助言・教育といった指導により模擬患者の理解や行動を変えようと対応したことが影響していると推察された。特に症例2は、シナリオの設定上模擬患者が最初の訴えから不眠を訴えていたため睡眠環境等の改善に関する助言・教育に集中してしまい、対照群では症例1よりも指導を通して薬局薬剤師の考えを模擬患者に納得してもらおうと試みたと考えられた。

“情報提供”は両症例とも群間比較で差が認められなかった。これは服用薬の使用方法に関する情報提供および症状のような医学的状态に関する情報提供が、通常の服薬指導の中で薬剤師が行う行為であったため両群で差が認められなかったと推察された。

“反証を導く質問”は症例1では介入群が対照群と比較して有意に多い結果となり、“反証を導く確認”も症例1では介入群が対照群と比較して有意に多い結果となった。これは“共感”と同様、介入群の薬剤師は研修で学んだスキルを活用し、患者の心理的問題に関する根拠を確認し、患者自身が考え方の視野(幅)を広げるような“反証を導く質問”や“反証を導く確認”を行い、反証に気づかせようとしていたことが推察された。一方、症例2では“反証を導く質問”および“反証を導く確認”では差は認められなかった。

これは、介入群薬剤師がCBT-Aの実践度の質問に対し、症例1ではできたと回答したことが、RIASによって定量的に示されたことと捉えることができた。

模擬患者の発話の分析では、薬局薬剤師がCBT-Aによる服薬支援を行うことにより、模擬患者の認知の偏りからくる非適応的思考や気分寄り添ってくれることで発することができる“心理社会的なことに関する情報提供”と、模擬患

者が適応的思考に変容したことにより模擬患者自身から発せられる“ポジティブな発言”が多くなると想定したが、両症例とも両群で差は認められなかった。

症例1においても差が認められなかったことは、介入群の薬剤師がCBT-Aを活用して対応を試みたが、本研修の目的である患者の非適応的思考を適応的思考に変容させ、気分を楽にするまでには至っていないことが推察された。

薬局薬剤師が心に寄り添う服薬支援を可能にするために開発したCBT-Aを用いた研修プログラムは、受講により、CBTについて理解することができ、CBT-Aを用いた患者支援を意識して実施することで、患者と薬剤師の心の乖離を少なくすることが可能となった。

本研究結果より、今後の研修プログラムは、高い満足度を得られた「ディスカッション」、「ロールプレイ」、「漫画を用いた説明」を中心とした構成は引き継ぎつつ、服薬支援同盟度に影響すると考えられる「反証を導き出せない場合のアプローチ法」や、「基本的なコミュニケーションスキル」のフォローを追加することで改善すると考えられた。

また、今回の検証では、実際の投薬場面での実施ではなく、薬局で調剤時に行われる情報収集や一般的な説明を含む服薬指導は終了しており、模擬患者自身から問題点を伝えることで開始される設定でのロールプレイであったため、薬局薬剤師が薬局の窓口で投薬時にCBT-Aを活用するためには、実際の投薬場面における検証が今後必要であると考えられた。

### 第Ⅲ章：Study2（再構築した認知行動療法的アプローチを用いた研修プログラムの調剤時の情報収集・服薬指導場面における検証）

#### 1. 序論

第Ⅰ章で、薬局で社会的に求められる精神面の支援を行うためには、より心に寄り添った対応が必要であると考え、CBT-A を活用した研修を構築し、第Ⅱ章では、実際に研修を受講した薬剤師による模擬患者に対するロールプレイでその効果を検証した。その検証のロールプレイは、処方箋調剤における一般的な情報収集及び服薬指導を完了した後、患者は自身の問題を自ら提示し、薬局薬剤師はそれに対応するという状況であり、また、その問題も知識の提供を中心とした指導型のアプローチのみでも解決できる設定であった。その為、薬剤師は患者の問題に応答する状況、すなわち、薬剤師が患者から問題を引き出さずとも問題が提示される状況であったこと、また知識の提供のみで問題が解決できる設定であったことから、患者は、自身の考えや気分重点を置かない知識提供の指導型アプローチのみであっても、その対応が丁寧かつ円滑に実施できた場合に、服薬支援同盟を高く評価していた。その結果、第Ⅱ章の検証からは、「薬剤師個々のコミュニケーションスキルの違いを考慮していない」、「検証がいわゆる投薬場面ではなかった」、「知識の提供のみで問題が解決できてしまう症例であった」、更に「薬剤師が反証を導き出すことができないときに、迷いが生じ、それが患者に伝わってしまう」ことが挙げられた一方、CBT-A の活用により、患者との心の乖離が少なくなることがわかった。また、研修プログラムは、高い満足度を得られた「ディスカッション」、「ロールプレイ」「漫画を用いた説明」を中心とした構成は引き継ぎつつ、服薬支援同盟度に影響すると考えられる「反証を導き出せない場合のアプローチ法」や、「基本的なコミュニケーションスキル」のフォローを追加することで改善すると考えられ、更に、薬局薬剤師が薬局窓口でCBT-A を活用するためには、実際の投薬場面における検証が今後必要であると考えられた。

そこで、研修プログラムの再構築を行い、再構築した研修を薬局薬剤師に実施し、その効果を、処方箋調剤における投薬場面を想定した設定にて、検証するこ

とした。

## 2. 方法

### 2-1. 研修プログラムの再構築

研修プログラムは、CBT-A の実践とその振り返りを重視し、講義の時間を減らし、ロールプレイとディスカッションの時間を増やす構成とした。また、第Ⅱ章で研修の改善項目として挙げられた、基本的なコミュニケーションスキルの底上げ、CBT-A による対応の例示、反証が導き出せない場合のアプローチ、について変更及び追加した。

基本的なコミュニケーションスキルの底上げでは、CBT-A を行う前の、患者との関係づくりの構築として、基本的なスキルの追加に加え、薬剤師が知らず知らずのうちに行ってしまうことがある、相手の話を引き取ってしまう等の注意点についての具体的な説明を追加した。

CBT-A による対応の例示では、ロールプレイやディスカッションに用いる事例について、CBT-A を活用した対応と、CBT-A を使っていない対応を事前に VTR にて録画し、それを例示とした。

反証が導き出せない場合のアプローチについては、適応的思考の見つけ方として、根拠・反証を探すアプローチの他に、考え方のクセに注目するアプローチ及び視点を変える質問によるアプローチを追加した。

### 2-2. 検証方法

#### 1) 研究デザイン

研究デザインの概要を図 8 に示す。対象者は本研究の目的及び内容を文書にて説明し、同意が得られた東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県保険薬局 14 施設の薬剤師のうち、第Ⅱ章と同様に、薬剤師経験が 1 年未満の者、認知行動療法や動機付け面接等の心理療法を学んでいる者、精神科及び心療内科に特化した病院・診療所もしくはそれらの門前薬局で 1 年以上勤務した経験のある者を除外した 24 名とした。



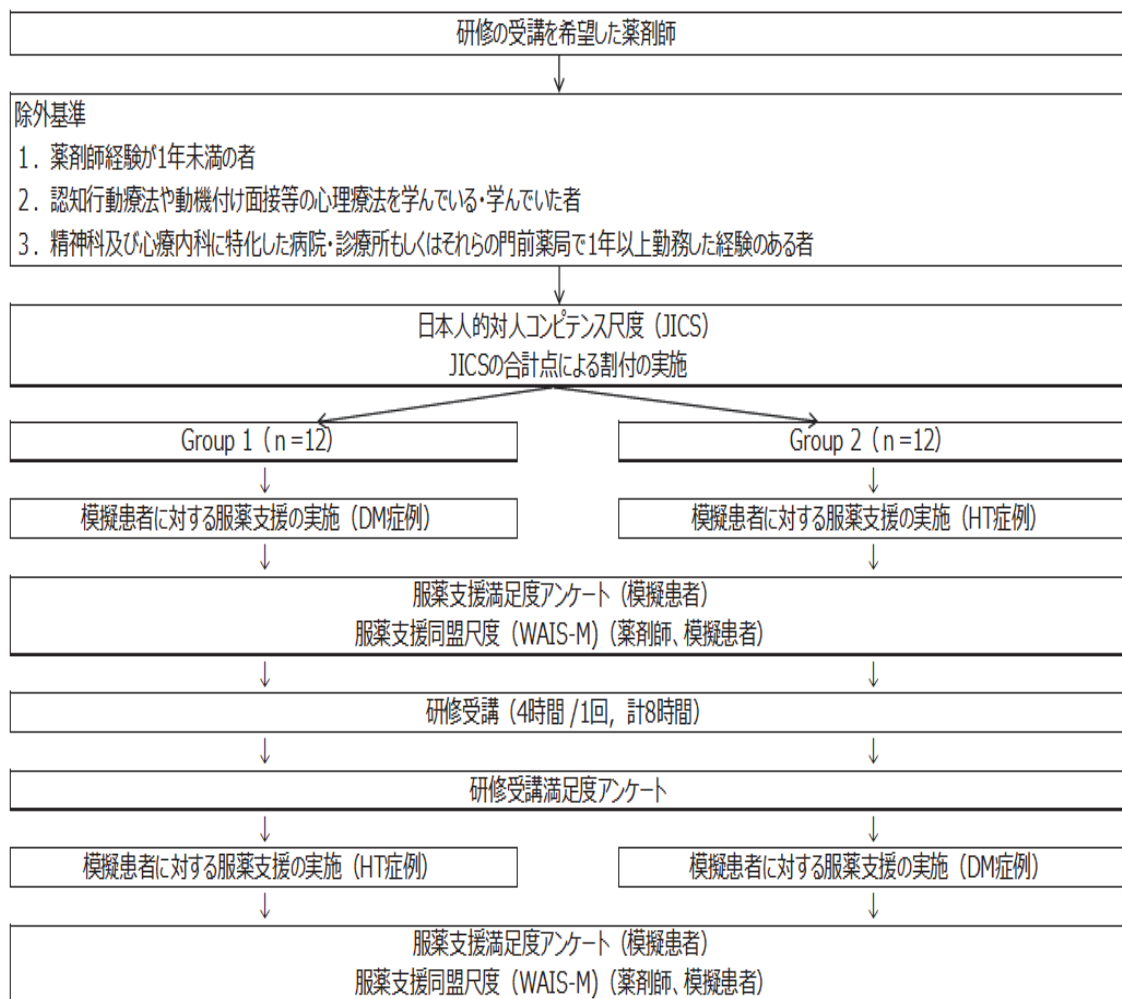


図 8 研究デザインの概要

第 II 章で課題とされた個々の薬剤師のコミュニケーションスキルの影響を極小化する為に、日本文化の特徴を反映させ文化特有的な側面から日本的コミュニケーション能力である非言語能力の表出を測定する為に構成された 22 項目 5 段階尺度からなる Japanese Interpersonal Communication Competence Scale (以下、JICS)<sup>65)</sup>を受講対象者に割付前に実施した。

その後、24 名の対象者を JICS の合計点数の第 1 四分位以下の点数の 6 名を無作為に同数になるようにグループ 1 (G1) とグループ 2 (G2) に割り付け、次に第 3 四分位以上の 6 名を同様に 2 群に割り付けを行った。そして残りの 12 名も同様に無作為に 2 群に割り付け、Mann-Whitney U test を用いて、グループ間に JICS の合計点に差がないことを確認し、割付した。

研修プログラムは、1回4時間を2日間（計8時間）で実施することとし、2回目の研修は両グループとも1回目の研修の3週間後に実施した。G1は2016年8月に、G2は2016年8月~9月に実施した。

両群とも、研修受講の前後で、模擬患者を対象としたロールプレイを実施した。今回は、第II章の検証とは異なり、薬局で一般的に行われる情報収集及び服薬指導の場面（投薬場面）で検証するため、処方箋、薬歴、薬剤情報提供用紙、お薬手帳及び薬袋を用いて実施した。

ロールプレイを行う模擬患者は、日大薬学SP会に所属し、5年以上の模擬患者経験を有している者で、症例を基にした研修を修了した4名とした。なお、本研究は日本大学薬学部倫理審査委員会の承認（承認番号：16-006）を得て実施した。

## 2) ロールプレイの症例設定

ロールプレイ用に設定した症例を表10に示す。

表 10 ロールプレイ用に設定した症例

	DM 症例	HT 症例
処方薬	ビルダグリプチン+メトホルミン錠+グリメ ピリド錠	カンデサルタン錠+アムロジピン錠+ロス バスタチン錠
特記事項	なし（副作用歴・アレルギー歴）	
併用薬	抗炎症作用の湿布薬（整形外科より）	
概略	3 年前に薬物治療を開始し、1 年前から月に 1 度、来局している	
	当初 HbA1c は 9.6 だったが、最近 は 7.5 で落ち着いている	当初 BP は 168/98 だったが、最近 は 142/82 で落ち着いている
心境	正しく薬を服用しているが、病気が治らない	
	3 年間、好物である甘いものを絶対に食 べないよう一生懸命努力してきた	3 年間、好物である塩分の多いものを絶 対に食べないよう一生懸命努力してきた
	昨日、親戚から好物である甘いものをも らったが、娘に「お母さんは食べられない ね。」と言われた。	昨日、友人と蕎麦を食べに行き、蕎麦 湯を飲もうとしたときに友人から「あなた は飲めないね。」と言われた。
	全てに事が虚しくなり、治療に対するモチベーションがなくなっている	

両症例は、疾患と処方薬は異なるが、患者の抱えている心境や問題点、背景については、同様に設定を行い、また薬剤師が注目すると考えられた経過、重大な副作用（例：低血糖、横紋筋融解症）、服薬アドヒアランスなどの薬歴についても同様に設定した。

G1 は受講前に糖尿病治療薬が処方された症例（DM 症例）、受講後に降圧薬と脂質異常症治療薬が処方された症例（HT 症例）にてロールプレイを行い、G2 はその逆順で実施した。

また、研修の前後の症例の難易度等が異なっていないことを確認するために、各評価項目について、研修前及び研修後の各時点において、症例間差異を Mann-Whitney U test にて確認した。

## 2-3. 評価項目及び分析方法

### 1) 研修内容の評価

研修内容は、受講後の研修受講満足度アンケートによって評価した。アンケート項目は、第Ⅱ章の検証で用いた項目に、「VTR を用いた例示は理解しやすかった (VTR)」を追加した。

回答も、第Ⅱ章と同様に 6 段階尺度 (1.全く思わない~6.非常に思う) の中央値にて評価を行ない、総合満足への影響についても同様に Spearman の順位相関係数で確認した。

### 2) 服薬支援時間

薬局の窓口で CBT-A による服薬支援を実践する際に、薬剤師が気にすると考えられた服薬支援時間を測定した。服薬支援時間は研修の前後比較を Wilcoxon signed rank test にて評価した。

### 3) 服薬支援満足度

服薬支援満足度は、ロールプレイ後に模擬患者に対して行った服薬支援満足度アンケートによって評価した。アンケート項目は、「薬剤師は、私の訴えや話を聞いてくれた」、「薬剤師は私の訴えや話に対して共感してくれた」の 2 設問からなる薬剤師の応対に関する項目 (以下、応対)、「薬剤師の話は丁寧であった」、「薬剤師の話は分かりやすかった」、「今よりさらに詳しい説明をしてほしかった」の 3 設問からなる薬剤師の説明内容に関する項目 (以下、説明)、「薬剤師の話によって私の悩みを解決できると感じた」、「薬剤師の話によって私の気持ちや行動に何らかの変化生まれそうだと感じた」の 2 設問からなる薬剤師の説明による問題解決や行動の変化に関する項目 (以下、変容)、「服薬指導の時間に満足である」、「服薬指導の内容に満足である」の 2 設問からなる服薬指導の時間及び内容の満足度に関する項目 (以下、満足) の計 9 設問とした。回答は 6 段階尺度 (1.全く思わない~6.非常に思う) とし、「今よりさらに詳しい説明をしてほしかった」の 1 設問は逆転補正を行った上で評価した。

設問の内的整合性を、研修前及び研修後の各時点で、全項目の合計点及

び4つの大分類（対応、説明、変容、満足）についてクロンバックの $\alpha$ 係数にて評価した後に、研修の前後比較の評価を Wilcoxon signed rank test にて確認した。

#### 4) 服薬支援同盟度及び心の乖離度

第Ⅱ章の検証と同様に服薬支援同盟度と心の乖離度は、模擬患者に対するロールプレイ終了後に、薬剤師、模擬患者の両者に実施した服薬支援同盟尺度（WAIS-M）を用いて評価した。第Ⅱ章と同様に全体及び3つの下位尺度（課題の一致、情緒的絆の形成、目標の一致）について、クロンバックの $\alpha$ 係数にて内的整合性を評価した後に、研修の前後比較の評価を Wilcoxon signed rank test にて確認した。

#### 5) RIAS による発話の定量的解析

第Ⅱ章の検証と同様に RIAS による発話の定量的解析を行った。研修前及び研修後の模擬患者に対するロールプレイを録画した VTR を用いて解析を行った。

今回の検証では、薬剤師、模擬患者のそれぞれの全カテゴリーの発話を合計した“総発話数”及び服薬支援時間の中の”患者の発話時間の割合”を研修前後で比較した。

また、本来の分類である41項目に加え、薬に関する情報提供、薬に関する閉じた質問、薬に関する開かれた質問、薬に関する助言の4項目を加えた47項目を評価した。

薬剤師では、今回の研修で追加されたコミュニケーションスキルの底上げの指標として、相槌、共感、確認、同意に注目した。また心に寄り添った対応の指標として、直接的な承認と正当性の承認及び安心させる言葉の合計を”安心の提供”として評価し、更に、心理的関心や問題（例えば、ストレス、感情、気持ち、一般的な気分の状態、哲学的な考え方、価値観、信念、個人的な思考や嫌悪のような感情にかかわることを含む）などに関する内容とされている心理社会的なカテゴリーは、CBT-A を活用することで増加すると考えられるため、”心理社会的な質問”として、心理社会的

なことに関する閉じた質問と心理社会的なことに関する開かれた質問をまとめて評価し、更に根拠の確認である“服用したくない理由の確認”を意見の要請で評価した。

その他、CBT-A を活用することで減少すると考えられた指示、CBT-A を活用しても適切に行うと考えられた薬学的な確認等を、上記の薬に関する4項目の合計を“薬剤に関する話題”とし、更に医学的状态に関する情報提供及び薬剤に関する情報提供に注目した。

患者では、研修で共感力を高めるコミュニケーションとして実施している『患者の“そうなんです”を引き出すアプローチ』の指標として、同意を、薬剤師のCBT-Aによって導き出されると考えられた“薬を飲みたくない理由”として、相手以外に対する非同意を、更に、薬剤師が患者の考えや気分アプローチすることで導き出される“心理社会的な話題”を心理社会的な情報提供と不安・心配の合計で評価することとした。また5項目存在する情報提供系統のカテゴリー（症状に関する情報提供、治療に関する情報提供、生活習慣に関する情報提供、心理社会的なことに関する情報提供、その他のことに関する情報提供）及び今回作成した薬剤師に関する情報提供を、まとめて“情報提供”というカテゴリーとして、個々の情報提供に加えて評価し、また“薬剤に関する話題”として、薬に関する情報提供、薬に関する閉じた質問、薬に関する開かれた質問をまとめて評価した。

それぞれの項目について、研修の前後比較を Wilcoxon signed rank test にて評価を行った。

また、全ての検定の有意水準は  $p < 0.05$  とした。

### 3. 結果

#### 3-1. 受講者の属性

受講者の属性について表 11 に示す。両グループの JICS による差異は認められなかった ( $p=0.75$ )。

表 11 受講者の属性

	Group 1	Group 2
性別（男性：女性）	3：9	2：10
薬剤師の経験年数の中央値 （最小～最大）	5 (2-20)	3 (1-20)
JICS 中央値 （最小～最大）	72.5 (54-99)	75.5 (58-99)

### 3-2. 研修プログラムの評価

#### 1) 研修受講満足度

研修受講満足度の結果を図 9 に示す。

評価が高かった項目は、資料の見易さ、漫画の導入、VTR、思考記録表、ディスカッション、ロールプレイ（いずれも中央値 5.0）であった。

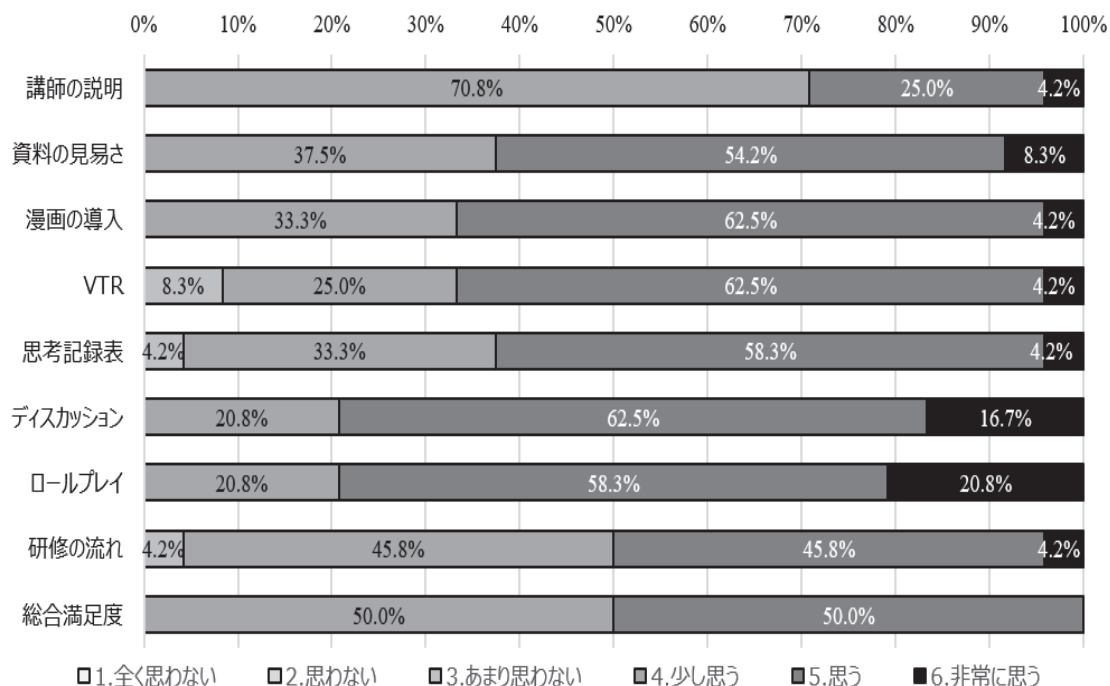


図 9 研修受講満足度

#### 2) 総合満足度との相関関係

総合満足度と各項目の相関関係を表 12 に示す。

総合満足度と全ての項目には正の相関が有意に認められ、相関係数の大きい順に、研修の流れ ( $\rho=0.82$ )、資料 ( $\rho=0.77$ ) 及び VTR ( $\rho=0.70$ ) であった。

表 12 総合満足度と各項目の相関

	講師の説明	資料の見易さ	漫画の導入	VTR	思考記録表	ディスカッション	ロールプレイ	研修の流れ	総合満足度
講師の説明	1.00								
資料の見易さ	0.61 **	1.00							
漫画の導入	0.50 *	0.68 **	1.00						
VTR	0.49 *	0.69 **	0.70 **	1.00					
思考記録表	0.53 **	0.69 **	0.56 **	0.86 **	1.00				
ディスカッション	0.47 *	0.66 **	0.59 **	0.70 **	0.71 **	1.00			
ロールプレイ	0.54 **	0.66 **	0.59 **	0.70 **	0.71 **	0.95 **	1.00		
研修の流れ	0.49 *	0.67 **	0.56 **	0.69 **	0.66 **	0.61 **	0.63 **	1.00	
総合満足度	0.64 **	0.77 **	0.55 **	0.70 **	0.61 **	0.61 **	0.65 **	0.82 **	1.00

\*\*: $p<0.01$  \*: $p<0.05$

### 3-3. 服薬支援時間の評価

#### 1) 服薬支援時間の症例間比較

服薬支援時間の中央値は、研修前では、G1 が 350.0 秒、G2 が 312 秒 ( $p=0.73$ ) であり、研修後では G1 が 540.5 秒、G2 が 529.5 秒 ( $p=0.60$ ) で、研修前研修後のどちらの時点でも症例間に差は認められなかった。

#### 2) 服薬支援時間の研修前後比較

服薬支援時間の中央値は、研修前が 343.5 秒、研修後が 529.5 で、研修後に有意な延長 ( $p<0.01$ ) が認められた。

### 3-4. 服薬支援満足度の評価

#### 1) 服薬支援満足度アンケートの信頼性

服薬支援満足度アンケートの全項目合計のクロンバックの  $\alpha$  係数は、研修前 0.95、研修後 0.95 で、大項目では、研修前、研修後の順に、対応 (0.94、0.97)、説明 (0.62、0.47)、変容 (0.98、0.96)、満足 (0.94、0.95) であった。



説明の項目におけるクロンバックの  $\alpha$  係数が低いことから、説明の 3 設問に対して相関係数と主成分負荷量について評価したところ、「薬剤師の説明が不十分である(逆転設問)」の相関係数(研修前 0.43、研修後 0.19)及び主成分負荷量(研修前 0.36、研修後 0.07)と低い値であったため、この設問を除外したところ、クロンバックの  $\alpha$  係数は、研修前、研修後の順で、合計(0.97、0.98)、説明(0.92、0.94)と受容できる値となったため、この設問を除いた 8 設問にて評価を行うこととした。

## 2) 服薬支援満足度の症例間比較

研修前及び研修後における症例間の服薬支援満足度の結果を表 13 に示す。研修前、研修後の両時点共に、服薬支援満足度の全項目合計及び大項目の全てにおいて症例間の差異は認められなかった。

表 13 服薬支援満足度(症例間比較)

	研修前			研修後		
	G1 (DM 症例)	G2 (HT 症例)	<i>p</i>	G1 (HT 症例)	G2 (DM 症例)	<i>p</i>
全項目合計	17.5	17.5	0.93	33.5	34.5	0.69
応対	3.5	2.5	0.72	9.5	9.5	0.52
説明	8.0	7.5	0.86	9.0	9.5	0.60
変容	3.0	2.0	0.71	7.5	8.5	0.64
満足	4.0	5.0	0.45	7.5	7.0	1.00

## 3) 服薬支援満足度の研修前後比較

服薬支援満足度の研修前後比較の結果を表 14 に示す。

服薬支援満足度の全項目合計及び大項目の全てにおいて、研修後に有意な上昇が認められた。また各設問においても、全 8 設問の全てにおいて、研修後に有意な上昇が認められた。

表 14 服薬支援満足（研修前後比較）

	研修前	研修後	<i>p</i>
全項目合計	17.5	34.5	<0.01
応対	3.0	9.5	<0.01
説明	8.0	9.5	<0.01
変容	2.0	8.0	<0.01
満足	4.5	7.5	<0.01

### 3-5. 服薬支援同盟度及び心の乖離度

#### 1) WAIS-M の信頼性

WAIS-M のクロンバックの  $\alpha$  係数は、研修前、研修後の順に、全体 (0.98、0.98)、課題の一致 (0.95、0.96)、情緒的絆の形成 (0.98、0.96)、目標の一致 (0.96、0.97) であり、受容できる値が得られた。

#### 2) 服薬支援同盟度の症例間比較

研修前及び研修後における症例間の服薬支援同盟度の結果を表 15 に示す。研修前及び研修後の両時点で、服薬支援同盟度の全体及び下位尺度の全てにおいて症例間に有意な差は認められなかった。

表 15 服薬支援同盟度（症例間比較）

	研修前			研修後		
	G1 (DM 症例)	G2 (HT 症例)	<i>p</i>	G1 (HT 症例)	G2 (DM 症例)	<i>p</i>
全体	25.5	23.0	0.62	47.5	49.5	0.67
課題の一致	8.0	7.0	0.62	15.0	17.0	0.44
絆の形成	12.0	11.0	0.51	17.0	16.0	0.93
目標の一致	5.5	5.5	0.88	15.0	16.5	0.64

#### 3) 服薬支援同盟度の研修前後比較

服薬支援同盟度の研修前後比較の結果を表 16 に示す。

服薬支援同盟度の全体及び下位尺度の全てにおいて、研修後に有意な

上昇が認められた。

表 16 服薬支援同盟度（研修前後比較）

	研修前	研修後	<i>p</i>
全体	25.0	49.5	<0.01
課題の一致	7.5	16.5	<0.01
絆の形成	12.0	16.0	<0.01
目標の一致	5.5	16.0	<0.01

#### 4) 心の乖離度

心の乖離度の研修前後比較の結果を表 17 に示す。

研修の受講前は、全ての項目で心の乖離が認められたが、研修の受講後は全ての項目で心の乖離は認められなかった。

表 17 心の乖離度

		研修前	<i>p</i>	研修後	<i>p</i>
全体	患者	25.0	<0.01	49.5	0.93
	薬剤師	41.0		47.0	
課題の一致	患者	7.5	<0.01	16.5	0.66
	薬剤師	13.0		16.0	
絆の形成	患者	12.0	0.02	16.0	0.97
	薬剤師	15.0		17.0	
目標の一致	患者	5.5	<0.01	16.0	0.86
	薬剤師	14.0		15.5	

### 3-6. RIAS による発話の定量的解析

#### 1) コーディングの信頼性

RIAS 研究会日本支部のワークショップを受講した資格取得者 2 名が第

II章の検証と同様にダブル・コーディングを実施した。ダブル・コーディングの結果、Pearson の相関係数の平均は、薬剤師で 0.91、模擬患者で 0.93 であった。

## 2) 総発話数の前後比較

薬剤師の総発話数の中央値は、研修前 84.0、研修後 139.0 で研修後に有意に増加した ( $p<0.01$ )。

模擬患者の総発話数の中央値は、研修前 64.5、研修後 99.5 で、同じく研修後に有意に増加した ( $p=0.04$ )。

## 3) 模擬患者の発話時間が服薬支援時間に占める割合の前後比較

模擬患者の発話時間が服薬支援時間に占める割合の中央値は、研修前 31.0%、研修後 35.2%で、研修後に患者が会話する時間の割合は有意に増加した ( $p=0.04$ )。

## 4) 薬剤師の発話の変容の前後比較

薬剤師の発話の変容について、注目したカテゴリーの結果を表 18 に示す。

表 18 薬剤師の発話変容（注目カテゴリー）

	研修前	研修後	<i>p</i>
相槌	11.0	25.0	<0.01
共感	0.5	2.0	<0.01
確認	6.5	11.0	0.04
同意	17.0	35.5	<0.01
安心の提供	2.5	6.0	0.03
心理社会的質問	1.0	2.0	<0.01
服用したくない理由の確認	0.0	1.0	<0.01
指示	3.0	1.0	<0.01
薬剤関連話題	13.5	11.0	0.03
情報提供（薬剤）	9.5	7.0	0.08
情報提供（医学的）	11.0	10.5	0.85

基本的なコミュニケーションスキルの評価とした相槌 ( $p<0.01$ )、共感 ( $p<0.01$ )、確認 ( $p=0.04$ )、同意 ( $p<0.01$ ) の全てのカテゴリーで研修後に有意な増加が認められた。

心の寄り添いの評価とした安心の提供 ( $p=0.03$ )、CBT-A により発話が増えると考えられた心理社会的質問 ( $p<0.01$ )、服用したくない理由の確認 ( $p<0.01$ ) も同様に全てのカテゴリーで研修後に有意な増加が認められた。

また、CBT-A により発話が増えると考えられた指示 ( $p<0.01$ ) については研修後に有意に減少した。

そのほか、薬剤に関連した話題は研修後に減少 ( $p=0.03$ ) したが、薬剤 ( $p=0.08$ ) や医学的な情報提供 ( $p=0.85$ ) については、研修前後で差は認められなかった。

##### 5) 患者の発話の変容の前後比較

患者の発話の変容について、注目したカテゴリーの結果を表 19 に示す。

表 19 患者の発話変容（注目したカテゴリー）

	研修前	研修後	<i>p</i>
同意	22.0	38.0	<0.01
心理社会的な話題	1.0	6.5	<0.01
薬を飲みたくない理由	1.5	2.0	<0.01
情報提供（全体）	13.5	25.0	<0.01
情報提供（医学的）	8.5	10.0	0.03
情報提供（治療方法）	2.0	6.0	<0.01
情報提供（生活習慣）	0.0	3.5	<0.01
情報提供（薬剤）	4.0	4.0	0.69
薬剤に関する話題	4.0	4.0	0.78

『患者の” そうなんです” を引き出すアプローチ』の指標とした同意 ( $p<0.01$ )、薬剤師が患者の考えや気分アプローチすることで導き出されると考えられた” 心理社会的な話題” ( $p<0.01$ )、薬剤師の CBT-A によって導き出されると考えられた” 薬を飲みたくない理由” ( $p<0.01$ ) の全てのカテゴリーで研修後に有意に増加した。

情報提供では、全体 ( $p<0.01$ ) だけではなく、医学的 ( $p=0.03$ )、治療方法 ( $p<0.01$ )、生活習慣 ( $p<0.01$ ) は、研修後に有意な増加が認められた一方、薬剤に関する情報提供 ( $p=0.69$ ) は、差が認められなかった。

また薬剤に関する話題も研修の前後で差が認められなかった ( $p=0.78$ )。

#### 4. 考察

研修受講満足度からは、一定の満足度評価を受け、総合満足度と全ての項目には有意な正の相関が認められた。

今回、新たに追加した VTR による CBT-A による対応の例示により前回の課題であった反証が導き出せない場合のアプローチについて補足し、前回の研修でも満足度が高かったロールプレイとディスカッションを行ったことで、知識と実践するイメージができたことが研修の満足度につながったと推察された。

また、今回の検証では、2つの症例を用いたが、患者の服薬指導満足度及び服薬支援同盟度の全ての項目で、研修前及び研修後において症例間の差異は認められず、また服薬支援時間についても症例間で差異は認められなかったことから、今回の検証における症例間に差異はなかったことが示唆された。

服薬支援時間は、研修後に有意に延長した一方、患者の服薬支援満足度及び服薬支援同盟度は全ての項目で有意に上昇した。このことから、CBT-A を活用した服薬支援により服薬支援時間は延長するものの、患者の服薬支援満足度及び服薬支援同盟度は高くなることが認められた。

服薬支援時間は、山田らは平均 204 秒であったと報告<sup>66)</sup>し、桐野の報告では 186 秒<sup>67)</sup>、平成 19 年度の厚労省による後発医薬品の使用状況調査では、一般的な服薬指導時間は 340.8 秒であったという報告<sup>68)</sup>があり、報告によって差が見られた。また、今西らは、『外来患者に対する服薬指導の担い手は薬局薬剤師であり、服薬アドヒアランスを向上させるためには、薬局薬剤師による服薬指導を抜きにしては成り立たないが、保険薬局の服薬指導では患者に伝えるべき情報が多いにもかかわらず、時間的な制約などがあるため、医薬品や疾病、日常生活上の注意点などについての説明を一定時間内にすることは困難であり、また、薬局薬剤師が患者に伝えるべきであると判断した情報が正確に服薬指導に盛り込まれていないとしても、患者がその情報を不必要と自己判断し、指導内容を受け入れていないケースがあり、患者が満足する服薬指導を実施するには、薬局薬剤師が伝えなければならない医薬品情報について一方的な服薬指導を患者に行うのではなく、患者の知りたい情報を的確に伝える服薬指導に改良する必要がある』と報告<sup>69)</sup>している。更に村岡は、薬剤師のコミュニケーションの特徴として『薬中心の服薬指導』、『患者の解釈モデルの不十分な理解』、『服薬指導時間の短さ（平均 270 秒）』の 3つを挙げ、冒頭に『薬剤師により会話の方向付け』が行われ、その後『薬に人を合わせる指導』が行われていたと報告<sup>70)</sup>し、佐島らは、患者はいたりや態度と言った丁寧さ、気持ちの理解や要望の理解と言った患者理解が薬局の総合評価への影響が強い一方、情報提供は影響しなかったと報告<sup>71)</sup>し、陳は、薬局全体に対する満足度へ与える影響は、説明に対する満足度、待ち時間に対する満足度よりも、スタッフの対応に対する満足度が上回ると報告<sup>72)</sup>している。

今回の検証では、服薬支援時間の中央値は研修前 343.5 秒、研修後で 529.5 秒であり、研修前の時間は厚労省の報告に近い時間であったが、CBT-A を活用した研修後では有意に延長した。その一方で、患者の満足度は低下しておらず、逆に上昇した。研修前には薬剤や疾患を中心としたアプローチによる確認が主体であり、現在の患者の考えや気持ちの確認が不足している一方的な服薬指導を行ったことで患者の問題にたどり着けなかった例が散見されたが、研修後には、薬剤や疾患や薬剤についても触れつつ、薬剤師は、CBT-A を使用して患者の考えや気持ちを確認し、共感したことで、患者は、薬剤師に分かってもらえたと感じることができたことが、服薬支援時間が延長したにもかかわらず、その時間を、患者は自身の不安や問題を解決するための十分な時間と評価したことで満足度が上昇したと考えられた。即ち、丁寧な応対やわかりやすい説明に加えて、服薬に不安があることで服薬アドヒアランスが低下している患者の問題解決を支援することが、患者の全体満足度の向上につながることを推察された。

心の乖離では、研修前は全ての項目で乖離が認められたが、研修後では全ての項目で乖離が認められなかった。このことは、『薬剤師が共感しながら患者との共同作業を進める中で、患者の考えや気持ちを適宜確認するようになり、患者の気持ちの変化に注目するようになったことで乖離が少なくなった』とした第II章の考察が改めて検証された。

RIAS では、服薬支援時間に占める患者の発話時間の割合が研修後に増えた。これは、服薬支援時間の延長は、薬剤師が一方的に会話をしているのではなく、患者から問題を引き出す等することで患者が会話する時間が増えたと考えられた。

薬剤師の発話も、相槌、共感、確認、同意と言った基本的なコミュニケーションスキルの発話が増加したことから、研修に追加したコミュニケーションスキルの底上げの効果があつた事が示唆された。

また安心の提供や心理社会的質問、服用したく理由の確認の増加及び指示の減少からは、一方的な指示・指導ではなく、CBT-A を活用することで患者に寄り添い、患者の考えや気分を適宜確認しながら共感してアプローチしたことが推察された。その結果、患者の発話では、薬剤師の共感的アプローチにより同意が引き出され、心理社会的なものだけではなく、医学的、治療的、生活習慣と言っ



た情報提供まで増加したと考えられた。

更に薬剤師の薬剤や医学的な情報提供について、研修の前後で差が認められなかったこと、患者の薬剤に関する情報提供や薬剤関連話題に差が認められなかったことは、CBT-A を活用しながらも、必要な知識の提供がなされていたことが推察された。

Watanabe らが実施した、抗うつ薬の処方箋を応需している薬局の薬剤師を対象にした調査では、『十分な服薬指導ができていない薬剤師は、できていない薬剤師と比較して、「患者なりの信念、思い込み、物の見方、価値観を把握している」、「患者の悩みを患者が自ら解決するお手伝いをしている」、「心によりそうなコミュニケーションをとっている」、「物事の考え方や受け取り方の歪みを修正し、問題に対処し、気分の状態を改善させるように指導している」について行っている者が多いこと、コーチングや認知行動療法、動機づけ面接を体系的に学んでいなくても普段の服薬指導の中で自然と同様の手法を行っている者もいること、これらの手法を自然に使用できている薬剤師には、体系的な学習をすることでより良い指導ができるようになり、これらの手法を使用していない薬剤師には、そのような学習を通じて適切な服薬指導ができるようになる可能性がある』と報告<sup>73)</sup>している。

今回の検証から、薬剤師は、薬や疾患といった専門的な知識を、必要な時に患者に分かりやすく提供し、それでも患者の問題が解決しないときには、CBT-A を用いて、患者のその時の考えや気持ちに注目して、問題解決を支援することで、患者満足度が高まり、患者との心の乖離も改善されることが示唆された。

しかしながら、この研究にはいくつかの限界がある。第一に、今回の薬剤師は自発的に研修に参加を行っているため、一般の薬剤師よりも CBT-A に興味がある薬剤師である可能性があることから、一般化可能性には注意が必要であること、第二に、今回の主たる結果は4名の模擬患者の回答に基づいているため、その回答が薬局に来局する患者とは異なる可能性があること、及び、自記式の質問票を使用しており、評価をロールプレイが終了するたびに継続して実施したことで、評価が一貫している可能性がある一方で評価に慣れた可能性があるため、汎用性に限界がある可能性があること、第三に今回の検証で用いた症例は、代表的な認知の歪みを有する患者ではあったが、他の認知の歪みを有する患者の場

合、異なる可能性があること、最後に、CBT-A のスキル自体については、研修前後比較を行っていないため、今回の結果が CBT-A のスキルに基づいたものではない可能性がある、ことが考えられた。

今後、「より多くの薬剤師と模擬患者（もしくは薬局来局患者）による検証」、  
「CBT を日常的に活用している臨床心理士による、治療同盟尺度の第三者評価者用<sup>74)</sup>を基にした服薬支援同盟尺度（観察者用）を用いた評価の実施」、  
「CBT-A のスキルの評価指標の作成・検証」により、今回の結果が証明されると考えられた。

## 総括

本研究では、第 I 章で薬局薬剤師を対象とした CBT-A を活用した服薬支援に特化した研修プログラムを構築した。第 II 章では、第 I 章で構築した研修プログラムを受講した薬剤師と受講していない薬剤師による模擬患者に対するロールプレイにてその効果・検証を行った。また第 III 章では、第 II 章で挙げられた課題に対して研修プログラムの再構築を行い、薬局窓口で通常行われる処方箋調剤における情報収集及び服薬指導の場面において、模擬患者に対するロールプレイを行い、研修の前後比較を行うことで検証を行った。

再構築した研修の検証では、薬や疾患の知識の提供では問題が解決しない患者に対して、本研修プログラムを受講した薬剤師が CBT-A を活用した服薬支援を行うことで、服薬支援時間は 3 分程度の延長が認められたが、薬剤師が患者の考えや気分を意識してアプローチし、より患者に共感した結果、患者の満足度及び同盟度は上昇し、心の乖離も減少した。

以上のことから、本研修は、知識の提供のみで不安が解決できない患者に対して、薬剤師が薬局で CBT-A を活用することを可能としたプログラムであり、CBT-A を活用した支援を行うことは、服薬アドヒアランスの向上や患者自身の否定的認知の改善に寄与することができ、そのような患者の適切な薬物治療の一助となることが期待される。

略号一覧

CBT : Cognitive Behavioral Therapy

CBT-A : Cognitive Behavioral Therapy Approach

CTAS-J : Cognitive Therapy Awareness Scale Japanese

DM : Diabetes mellitus

H-CBT : High Density Cognitive Behavioral Therapy

HT : Hypertension

IAPT : Improving Access to Psychological Therapies

JICS : Japanese Interpersonal Communication Competence Scale

L-CBT : Low Density Cognitive Behavioral Therapy

OSCE : Objective Structured Clinical Examination

OTC : Over the Counter

RIAS : The Roter Method of Interaction Process Analysis System

VTR : Video Tape Recorder

WAI : Working Alliance Inventory

WAIS-M : Working Alliance Inventory Short-form Modified

## 引用文献

- 1) 日本薬剤師会,薬剤師の将来ビジョン, <http://www.nichiyaku.or.jp/action/wp-content/uploads/2013/03/visions.pdf>, cited 5 December, 2017.
- 2) 経済産業省,セルフメディケーション推進に向けたドラッグストアのあり方に関する研究会の報告書,  
<http://www.meti.go.jp/press/2014/03/20150313004/20150313004a.pdf>, cited 5 December, 2017.
- 3) 厚生労働省,患者のための薬局ビジョン, [http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/honbun\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/honbun_3.pdf), cited 5 December, 2017.
- 4) 厚生労働省,健康サポート薬局に係る研修実施要綱について,  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000112484.pdf>, cited 5 December, 2017.
- 5) 厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム,過量服薬への取組-薬物治療のみに頼らない診療体制の構築にむけて-,2010
- 6) 松本俊彦,わが国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割,薬学雑誌 2013;133 号:599-615
- 7) こころの健康政策構想会議,当事者・家族・国民のニーズに添った精神保健医療改革の実現に向けた提言,2010
- 8) Aaron T. Beck, Cognitive Therapy and Emotional Disorders, International Universities Press,1976
- 9) Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery, Cognitive Therapy of

Depression, Guilford Press,1979

10) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,認知行動療法とは,  
<http://cbt.ncnp.go.jp/guidance/about>, cited 1 August,2018

11) 大野裕,こころのスキルアップ・プログラム-認知療法・認知行動療法の視点  
から-,認知行動療法センター,2013

12) Jeffrey R. Vittengl, Lee A. Clark, Todd W. Dunn, Robin B. Jarrett, Reducing Relapse  
and Recurrence in Unipolar Depression: A Comparative Meta-Analysis of Cognitive-  
Behavioral Therapy's Effects, *J.Consult,Clin.Psychol.*2007;75:475-488

13) Mario Pfammatter, Ulrich M. Junghan, Hans D. Brenner, Efficacy of Psychological  
Therapy in Schizophrenia: Conclusions from Meta-analyses, *Schizophrenia Bull.* 2006 ;  
32:S64-S80

14) Peter J. Norton, Esther C. Price, Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-  
Behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders, *J. Nerv.Ment. Dis.* 2007;  
195:521-531

15) Marine Bouvard, Barbara Kaiser, Cognitive-Behavioral Interventions for OCD, *Clin.*  
*Neuropsychiatry* 2006; 3: 364-371

16) Rebekah Bradley, Jamelle Greene, Eric Russ, Lissa Dutra, Drew Westen, A  
Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD, *Am. J. Psychiatry* 2005;  
162:214-227

17) G.Terence Wilson, Katharine L.Loeb, B.Timothy Walsh, Erich Labouvie, Eva  
Petkova, Xinhua Liu, Christine Waternaux, Psychological Versus Pharmacological  
Treatments of Bulimia Nervosa, Predictors and Processes of Change, *J. Consult. Clin.*

*Psychol.*1999; 67: 451-459

18) Thomas L. Rodebaugh, Robert M. Holaway, Richard G. Heimberg, The treatment of social anxiety disorder, *Clin. Psychol. Rev.*2004; 24: 883-908

19) Majid Mahvi-Shirazi, Ali Fathi-Ashtiani, Sayed-Kazem Rasoolzade-Tabatabaei, Mohsen Amini, Irritable Bowel Syndrome Treatment: Cognitive Behavioral Therapy versus Medical Treatment, *Arch. Med.Sci.*,2012;8:123-129

20) Jack D. Edinger, William K. Wohlgenuth, Rodney A. Radtke, Gail R. Marsh, Ruth E.Quillian, *JAMA.*2001;285:1856-1864

21) 厚生労働省,診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示),第8部精神科専門療法,2010

22) 大野裕,定型的(高強度)認知行動療法と簡易型(低強度)認知行動療法,心身医学 2012;52:798-802

23) 医学書院, 広がる認知行動療法の可能性 国立精神・神経医療研究センター「認知行動療法センター」設立に当たって 大野裕氏(慶應義塾大学保健管理センター・教授/厚生労働科学研究「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」主任研究者)に聞く, [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02929\\_02](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02929_02), cited 10 August, 2016

24) Jeffrey S.Gonzalez, Lauren A.McCarl, Deborah D. Wexler, Enrico Cagliero, Linda Delahanty, Tiffany D. Soper, Valerie Goldman, Robert Knauz,Steven A. Safren, Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression(CBT-AD) in Type 2 Diabetes, *J. Cogn. Psychother.*2010 ; 24,: 329-343

25) Colin A. Espie, Kenneth M. A. MacMahon, Heidi-Louise Kelly, Niall

M.Broomfield, Neil J. Douglas, Heather M. Engleman, Brian McKinstry, Charles M. Morin, Andrew Walker, Philip Wilson, Randomized Clinical Effectiveness Trial of Nurse-Administered Small-Group Cognitive Behavior Therapy for Persistent Insomnia in General Practice, *Sleep* 2007 ; 30: 574-584

26) 吉永尚紀,野崎章子,宇津澤輝美枝,浦尾悠子,林佑太,清水栄司,日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向：系統的文献レビュー,不安症研究 2015; 6: 100-112

27) 三上勇氣,看護介入としての認知・行動的アプローチ,愛知県立看護大学紀要 2008; 14: 105-112

28) Kristina Orth-Gomér, Neil Schneiderman, Hui-Xin Wang, Christina Walldin, May Blom, Tomas Jernberg, Stress Reduction Prolongs Life in Women With Coronary Disease The Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD), *Circ.Cardiovasc Qual Outcomes*.2009; 2: 25-32

29) Steven A. Safren, Jeffrey S. Gonzalez, Deborah J. Wexler, Christina Psaros, Linda M. Delahanty, Aaron J. Blashill, Aleksandra I. Margolina, Enrico Cagliero, A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBTAD) in Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes, *Diabetes Care*2014; 37: 625-633

30) Steven A. Safren, Conall O'Cleirigh, Judy Tan, Sudha Raminani, Laura C.Reilly, Michael W. Otto, Kenneth H. Mayer, A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV-infected Individuals, *Health Psychol*.2009; 28: 1-10

31) Michael H. Antoni, Sarah R. Wimberly, Suzanne C. Lechner, Aisha Kazi, Tammy Sifre, Kenya R. Urcuyo, Kristin Phillips, Roselyn G. Smith, Vida M. Petronis, Sophie

Guellati, Kurrie A. Wells, Bonnie Blomberg, Charles S. Carver, Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusions and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer, *Am.J. Psychiatry*.2006; 163: 1791-1797

32) John Sharp, Matt R. Wild, Andrew I. Gumley, Christopher J. Deighan, A Cognitive Behavioral Group Approach to Enhance Adherence to Hemodialysis Fluid Restrictions: A Randomized Controlled Trial, *AJKD* 2005; 45: 1046-1057

33) Anke Ehlers, Ulrich Stangier, Uwe Gieler, Treatment of Atopic Dermatitis: A Comparison of Psychological and Dermatological Approaches to Relapse Prevention, *J. Consult. Clin. Psychol.*1995; 63: 624-635

34) Joseph A.Greer, Elyse R. Park, Holly G.Prigerson, Steven A.Safren, Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid with Advanced Cancer, *J.Cogn. Psychother.*2010; 24: 294-313

35) Riccardo Dalle Grave, Simona Calugi, Elena Centis, Marwan El Ghoch, Giulio Marchesini, Cognitive-Behavioral Strategies to Increase the Adherence to Exercise in the Management of Obesity, *J.Obes.* 2011; 2011: 1-11

36) Naomi Aiba, Shaw Watanabe, Akemi Morita, Naomi Suda, Hiroko Taguchi, Motohiko Miyachi, Nutritional Education and Exercise Treatment Based on Cognitive Behavioral Treatment in the Saku Control Obesity Program (SCOP), *Anti-Ageing Medicine* 2008; 5: 39-45

37) Kenneth A.Perkins, Marsha D.Marcus, Michele D. Levine, Delia D'Amico, Amy Miller, Michelle Broge, Jacquelyn Ashcom, Saul Shiffman, *J.Consult.Clin.Psychol.* 2001; 69: 604-613



38) 佐藤寛,今城知子,戸ヶ崎泰子,石川信一,佐藤容子,佐藤正二, 児童の抑うつ症状に対する学級規模の認知行動療法プログラムの有効性, 教育心理学研究 2009; 57: 111-123

39) Jami F. Young, Laura Mufson, Robert Gallop, Preventing Depression: A Randomized Trial of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training, *Depress Anxiety*. 2010 ; 27: 426-433

40) Abeer Ahmad, Jacqueline Hugtenburg, Laura M.C. Welschen, Jacqueline M. Dekker, Giel Nijpels, Effect of Medication Review and Cognitive behaviour Treatment by Community Pharmacists of Patients Discharged from The Hospital on Drug Related Problems and Compliance: Design of A Randomized Controlled Trial, *BMC Public Health* 2010; 10: 133

41) 斎藤百枝美,佐藤充子,菅原由香,佐藤早織,山本佳子,井出基文,丹羽真一,江戸清人,医療薬学 2005; 3: 194-202

42) 伊藤光,平松哲夫, 睡眠障害に対するプロトコールに基づく薬物治療管理 (PBPM) 後の睡眠状況の変化と患者満足度の評価,日本プライマリ・ケア連合学会誌 2017; 40: 79-85

43) 厚生労働省, うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>, cited 4 April, 2016.

44) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,平成 23 年度厚生労働省認知行動療法研修事業うつ病の認知療法・認知行動療法研修会(多職種向け研修会), [http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h23/h23\\_03\\_utsu.html](http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h23/h23_03_utsu.html), cited 6 April, 2016.

45) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,平成 24 年度厚生労働省認知行動療法研修事業うつ病の認知療法・認知行動療法研修会(多職種向け

研修会) , [http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h24/training02\\_01.html](http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h24/training02_01.html) , cited 6 April, 2016.

46) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,平成 25 年度厚生労働省認知行動療法研修事業うつ病の認知療法・認知行動療法研修会(多職種向け研修会) , [http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h25/training02\\_03.html](http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h25/training02_03.html) , cited 6 April, 2016.

47) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,平成 26 年度厚生労働省認知行動療法研修事業うつ病の認知療法・認知行動療法研修会(多職種向け研修会) , [http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h26/training02\\_02.html](http://www.ncnp.go.jp/cbt/training/h26/training02_02.html) , cited 6 April, 2016.

48) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,平成 27 年度厚生労働省認知行動療法研修事業うつ病の認知療法・認知行動療法研修会(多職種向け研修会) , <http://cbtt.jp/studyandtraining/cp1402> , cited 6 April, 2016.

49) 大野裕,認知再構成法,精神神経学雑誌 2008;110:495-496

50) Daisuke Fujisawa, Atsuo Nakagawa, Toshiaki Kikuchi, Mitsuhiro Sado, Miyuki Tajima, Motomi Hanaoka, Jesse H. Wright, Yutaka Ono, Reliability and Validity of the Japanese Version of the Cognitive Therapy Awareness Scale: A Scale to Measure Competencies in Cognitive Therapy, *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011; 65: 64-69

51) Terence J. Tracey, Anna M. Kokotovic, Factor Structure of the Working Alliance Inventory, *Psychological Assessment* 1989; 1: 207-210

52) 藤澤大介, 精神科専門療法の教育研修に関する取り組み-認知行動療法-,精神神経学雑誌 2012; 114: SS14-SS20

- 53) Adam O. Horvath, Leslie S. Greenberg, Development and Validation of the Working Alliance Inventory, *J. Couns.Psychol.* 1989; 36: 223-233
- 54) 吉見摩耶,葛西真記子,治療同盟と面接評価に影響を及ぼすセラピスト側の要因-学生セラピストを対象とした内的作業モデルとクライアント反応評定を用いて-,*教育実践学論集* 2010; 11: 27-37
- 55) 山村崇尚,藤原美聡,尹智成,兒玉憲一,大学院生の試行カウンセリングにおける作業同盟評定の試み,広島大学保健管理センター研究論文集 2014; 30: 45-56
- 56) 葛西真記子,セラピスト訓練における治療同盟,面接評価,応答意図に関する実証的研究,*臨床心理学研究* 2006; 24: 87-98
- 57) 野呂幾久子,阿倍恵子,石川ひろの,医療コミュニケーション分析の方法【第2版】*The Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS)*,三恵社 2011,東京
- 58) 藤崎和彦,橋本英樹,医療コミュニケーション-実証研究への多面的アプローチ-,*医療コミュニケーション研究会* 2009,東京:53-74
- 59) 半谷眞七子,安間保恵,亀井浩行,松葉和久,浅井雅浩,谷山正好,阿部恵子,OTC薬選別時における患者と薬剤師間のRIASによるコミュニケーション分析,*医療薬学* 2008; 34: 1059-67
- 60) 有田悦子,飯岡緒美,細谷美佳,高田勝利,氏原淳,RIASによる治験同意説明のロールプレイ時の医療者-患者間コミュニケーション分析-“質問”に焦点をあてたパイロット研究,*日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌* 2011; 8: 13-19
- 61) Yoshie Kubota, Yoshitaka Yano, Susumu Seki, Kaori Takada, Mio Sakuma, Takeshi

Morimoto, Akinori Akaike, Atsushi Hiraide, Assessment of Pharmacy Students' Communication Competence Using the Roter Interaction Analysis System During Objective Structured Clinical Examinations, *American Journal of Pharmaceutical Education*2011; 75: Article 43

62) Sophie Liekens, Eline Vandael, Debra Roter, Susan Larson, Tim Smits, Gert Laekeman, Veerle Foulon, Impact of Training on Pharmacists' Counseling of Patients Starting Antidepressant Therapy, *Patient Education and Counseling*2014; 94: 110–115

63) Wei WenChong, ParisaAslani, Timothy F.Chen, Pharmacist–patient communication on use of antidepressants: A simulated patient study in community pharmacy, *Research in Social and Administrative Pharmacy*2014; 10: 419–437

64) Marilyn Fitzpatrick, Shigeru Iwakabe, Anastassios Stalikas, Perspective Divergence in the Working Alliance, *Psychother. Res.*2005; 15: 69-80

65) Jiro Takai, Hiroshi Ota, Assessing Japanese Interpersonal Communication Competence, *The Japanese journal of experimental social psychology*1994; 33: 224-236

66) 山田健太郎, 亀井美和子, 白神誠, 業務量と患者満足度からみた一人薬剤師薬局における業務改善の問題, *医療マネジメント学会雑誌* 2005; 6: 526-530

67) 桐野豊, 益山光一, 薬局・薬剤師の業務実態の把握とそのあり方に関する調査研究, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201523020A> , cited 5 December, 2017.

68) 厚生労働省, 診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度調査）後発医薬品の使用状況調査結果概要（速報）, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/dl/14.pdf> , cited 5 December, 2017

- 69) 今西孝至,大川裕加里,高山明,保険薬局における服薬指導に関する患者・薬剤師間の双方向性調査,医療薬学 2014; 40: 660-664
- 70) 村岡千種,服薬指導ロールプレイ実習を用いた薬局薬剤師による患者コミュニケーションの特徴の調査,ファーマシューティカルコミュニケーション学会誌 2017; 17: 118-124
- 71) 佐島進,櫻井秀彦,我妻拓哉,佐藤陽介,早瀬幸俊,保険薬局における服薬指導に対する患者の評価構造に関する研究,医薬品情報学 2015; 17: 118-124
- 72) 陳柏延,調剤薬局における患者満足度の要因分析に関する研究,信州医学雑誌 2007; 55: 327-332
- 73) Fumiyuki Watanabe, Mao Sasaki, Miwako Kamei, Current Situation and Future Possibilities of Drug Administration Guidance by Community Pharmacists for Patients to whom Antidepressants have been Prescribed, 薬局薬学 2015; 7: 88-96
- 74) Victoria Tichenor, Clara Hill, A Comparison of Six Measures of Working Alliance., *Psychotherapy* 1989; 26: 195-199

## 謝辞

本稿を終えるにあたり、終始御指導、御鞭撻を賜り、多大なる御助言を賜りました日本大学薬学部薬事管理学的研究室亀井美和子先生、日本大学薬学部薬剤師教育センター渡邊文之先生に深甚なる謝意を表します。

本論文を御精読賜り、有益な御助言を賜りました日本大学薬学部病院薬学研究室福岡憲泰先生、大場延浩先生に御礼申し上げます。

本研究に際し、直接御指導を賜りました前田初代先生に深甚なる謝意を表します。

研究に御協力を賜りました株式会社わかばの原和夫先生、株式会社シーエスグループ本部の斉藤延孝先生、日本大学薬学部医療コミュニケーション学研究室（当時）の椎名未貴さん、木村友香さん、日本大学薬学部薬剤師教育センターの安部恵先生、山下佳穂さん、日本大学薬学部薬事管理学的研究室中島理恵先生、千葉大学薬学部の高橋由佳先生、望星薬局の薬剤師の皆様、シーエスグループの薬剤師の皆様、日大薬学 SP 会の関係者の皆様、御指導を賜りました一般社団法人認知行動療法研修開発センターの大野裕先生、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの田島美幸先生に心より御礼申し上げます。

また、大学院に通学するにあたり御理解を賜りました株式会社カメガヤの亀ヶ谷博之社長をはじめとした経営陣の皆様及び鈴木滋雄氏に厚く御礼申し上げます。

最後に、心身ともに支えてくれた妻、麻希に対して深い感謝の意を表して謝辞と致します。